FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1940 N° 72

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Émile-Charles-Joseph-Marie FORSTER

Né le 4 Novembre 1910 à Masevaux (Haut-Rhin)

Interne des Hôpitaux de Strasbourg

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA STELLECTOMIE D'APRÈS 56 STELLECTOMIES

Président : M. GÉRY, Professeur

CLERMONT-FERRAND
Imprimerie Moderne, 15, Rue du Port

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1940 N°

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Émile-Charles-Joseph-Marie FORSTER

Né le 4 Novembre 1910 à Masevaux (Haut-Rhin)

Interne des Hôpitaux de Strasbourg

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA STELLECTOMIE D'APRÈS 56 STELLECTOMIES

Président : M. GÉRY, Professeur

CLERMONT-FERRAND
Imprimerie Moderne, 15, Rue du Port
—
1940

FACULTÉ DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	A. FORSTER ✲ ⚜ I.
Assesseur		G. SCHAEFFER ✲ ⚜ I.

PROFESSEURS TITULAIRES

Clinique médicale B	MM.	AMBARD ✲ ⚜ I.
Embryologie et Tératologie		ANCEL ✲ ⚜ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✲ ⚜ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ⚜ I.
Clinique O. R. L.		CANUYT ✲ ⚜ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale A		N.
Chimie biologique		NICLOUX O. ✲ ⚜ I.
Hygiène et Bactériologie		OBERLING ✲ ⚜ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⚜ I.
Clinique psychiâtrique		PFERSDORFF ✲ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB ✲ ⚜ I.
Clinique gynécologique et Accouchements		REEB ⚜ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⚜ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✲ ⚜ I.
Pharmacologie et Médecine expérimentale		SCHWARTZ ⚜ I.
Médecine légale et Médecine sociale		SIMONIN ✲ ⚜ A.
Hydrologie et Climatologie		VAUCHER ✲ ⚜ I.
Physique biologique		VLÈS ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale B		WEISS ✲ ⚜ A.
Clinique médicale A		N.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie ..... MM. Aron ✲ ⚜ I.
Anatomie ..... Bellocq ✲ ⚜ I.
Anatomie pathologique ..... Géry ⚜ I.

CHARGÉS DE COURS ET AGRÉGES

MM. Callot.
Gunsett O. ✲ ⚜ I.
Kayser ⚜ A.
Romey O. ✲ ⚜ A.
Tulasne.
Klein.

MM. Fontaine ⚜ A.
Hanns O. ✲ ⚜ I
Jung.
Keller ⚜ I.
Reiss ⚜ A.
Waitz ⚜ A.

MM. Gelma ✲ ⚜ I.
Humbert ✲ ⚜ A.
Kreis ⚜ A.
Warter.
Wolf ✲ ⚜ A.
Thivolle ⚜ A.

CHARGÉS D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE

M. Roederer ⚜ I. M. Meyer Marcel ⚜ I. M. Simon ✲ ⚜ A.
M. Adler ⚜ A.

PROFESSEURS HONORAIRES

M. Chavigny C. ✲ ⚜ I. M. Stolz ✲ ⚜ I. M. Weill ✲ ⚜ I.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MA FEMME

A MON PERE

Le Professeur André FORSTER, Doyen de la Faculté
de Médecine de Strasbourg

et

A MA MERE

A qui je dois tout.

A MON BEAU-FRERE

Le Médecin-Capitaine Georges WINCKLER,
aux Armées, Chef de Travaux a la Faculté
de Médecine de Strasbourg

En remerciements de l'aide précieuse qu'il m'apporta au cours de mes études médicales.

A NOTRE MAITRE

LE MÉDECIN-COLONEL R. LERICHE

Professeur au Collège de France

Nous voudrions que ce modeste travail traduise l'immense admiration que nous lui portons.

A NOTRE MAITRE

Le Professeur R. FONTAINE

Médecin-Capitaine, aux Armées

Qui a bien voulu nous guider dans l'élaboration de cette thèse.

Puisse-t-il trouver ici l'expression de notre reconnaissance sincère et profonde pour tout ce qu'il fit pour nous.

A NOTRE MAITRE

LE PROFESSEUR L. GERY

Qui voulut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre affectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE

Le Professeur A. STOLZ

Qui voulut bien guider avec la très grande noblesse et la très grande simplicité qui sont siennes nos premiers pas en chirurgie.

A NOTRE MAITRE

Le Professeur A.-G. WEISS

Médecin-Capitaine, aux Armées

En remerciement de la très grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et des excellents conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer.

A NOTRE MAITRE

Le Professeur G. CANUYT

Nous lui saurons toujours gré des attentions qu'il eut pour nous lorsque nous étions son interne.

A NOTRE MAITRE

Le Professeur M. REEB

Qui voulut bien pendant les quelques mois d'internat passés auprès de lui nous initier à quelques secrets de l'obstétrique et de la gynécologie.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

A nos Maitres de la Faculté de Médecine
de Strasbourg

A NOS AMIS

Les Docteurs : P. LEVY, A. OSWALD, M. SYNEPHIAS

INTRODUCTION

Nous nous proposions au courant de l'année 1939, sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur Leriche, de rechercher les résultats éloignés des stellectomies pratiquées de 1925 à 1939 à la Clinique Chirurgicale A de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

A la fin du mois d'août 1939, nous étions en possession d'un certain nombre de documents et nous avions revu ou reçu des nouvelles d'une cinquantaine de malades. Malheureusement la guerre dispersa une partie de nos dossiers. Nous avons décidé, toutefois, de publier les observations complètes que nous avons entre les mains, nous réservant de reprendre cette étude d'une façon plus étendue et plus systématique après la victoire.

Nous n'avons pas recherché les malades stellectomisés pour asthme ou pour angine de poitrine. Les résultats éloignés des opérations faites pour asthme ont été publiés en 1939, dans un article de la Presse Médicale, par MM. Leriche et Fontaine.

Les résultats éloignés des stellectomies pratiquées dans les cas d'angine de poitrine ont fait l'objet d'une conférence de notre Maître, le Professeur Fontaine, à La Haye et à Utrecht, en 1939, et été publiés, à cette époque, dans le Vox Medicorum. Une grande partie de ces obser-

vations d'ailleurs avaient été rapportées dans la thèse de Marcel Bérard.

Nous ne publions pas non plus les résultats éloignés des stellectomies pour artérites dont les dossiers, observations et artériographies sont demeurés dans les caves de la clinique.

La plupart de nos observations pour les résultats éloignés de l'ablation du stellaire dans les syndromes neurologiques, centraux et périphériques (hémiplégie, maladie de Little, paralysie faciale, névrite ascendante, algies des moignons), sont également demeurées à Strasbourg.

Tous les malades dont nous rapportons l'histoire ont été opérée à la Clinique Chirurgicale A, soit par le Professeur Leriche, soit par le Professeur Fontaine. Tous l'ont été par la technique devenue classique, décrite, en 1934, par MM. Leriche et Fontaine. Beaucoup d'entre eux ont subi, à côté de l'ablation de l'étoilé, soit une autre intervention catennaire : section des racines du nerf vertébral, ablation de l'intermédiaire, ablation du ganglion cervical supérieur, soit une autre intervention sympathique portant sur les vaisseaux du membre supérieur (sympathectomie péri-humérale), soit enfin une opération sur le sympathique lombaire ou celui des vaisseaux du membre inférieur.

Nous ne discuterons pas, dans ce travail, le rôle prédominant de telle ou telle intervention. Le nombre des observations rapportées ne permet pas d'entrer, à l'heure actuelle, dans une discussion sur l'utilité d'une intervention portant plutôt sur le ganglion intermédiaire, sur les racines du nerf vertébral ou sur le ganglion stellaire. Ce que l'on peut dire, à l'heure actuelle, c'est que le ganglion stellaire est à considérer comme un relais très important du sympathique du membre supérieur, de la tête, du cou et du thorax.

Nous avons divisé nos observations en deux groupes: le premier englobe les observations faites pour des syndromes viscéraux ; ce sont donc là des affections de la tête, du cou et du thorax ; le second, « les syndromes périphériques », associe les différents résultats des opérations faites pour des affections du membre supérieur.

Dans la première partie de notre travail, nous avons fait entrer des cas de rétinite pigmentaire, un cas d'otospongiose compliqué d'asthme, un cas de lagophtalmie et enfin un cas de tachycardie.

Dans la seconde partie, nous avons classé d'abord les maladies vaso-motrices ; dans ce cadre, nous plaçons les maladies de Raynaud, les acrocyanoses, puis les sclérodermies et les ostéoporoses d'origine traumatique.

Ensuite, viennent des observations d'arthropathies et un cas de gelure. Nous rapportons toutes ces observations avec de très brefs commentaires.

Toute la partie bibliographique est demeurée à Strasbourg, mais il nous a cependant semblé intéressant de colliger et de publier ces quelques cas pour les verser à titre de faits dans la littérature.

PREMIÈRE PARTIE

Syndromes centraux

CHAPITRE I

Rétinites pigmentaires (1)

Nous rapportons ici 4 cas de rétinites pigmentaires, dont un revu après cinq ans, les trois autres après 2 ans ou 2 ans et demi.

Trois de ces malades ont été opérés des deux côtés, le quatrième n'a eu qu'une stellectomie unilatérale.

Sur ces 4 malades, 3 n'ont eu aucune modification, ce sont donc 3 échecs ; le quatrième a été légèrement amélioré.

---

(1) Nous tenons à remercier le Professeur Redslob et ses Assistants de la Clinique Ophtalmologique de Strasbourg, qui ont eu l'amabilité de mettre à notre disposition les documents qui nous ont permis de compléter ces observations.

Nous remercions également le Docteur Magitot, Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous donner son avis sur les résultats éloignés des stellectomies qu'il avait fait pratiquer pour des affections oculaires. Il semble que les cas qu'il a vus soient superposables aux nôtres.

OBSERVATION I

M. F... E. — Rétinite pigmentaire bilatérale typique, évoluant depuis 1928.

Stellectomie double, en 1934.

Résultat après 5 *ans : aucune amélioration, ni subjective, ni objective.*

M. F... E. est admis le 12 mai 1934 à la Clinique Ophtalmologique.

Il est né en 1903. Il n'y a rien de pathologique à relever dans ses antécédents.

Il raconte ceci : depuis 1928, sa vue a diminué. Ceci s'est fait très lentement, très progressivement. Dès que la nuit tombait, il avait du mal à se diriger. Il voyait moins bien, même à une courte distance. Tous ces phénomènes s'accentuent jusqu'en 1934.

A cette époque, il consulte à la Clinique Ophtalmologique.

A l'admission, le 12 mai 1934, acuité visuelle :

O. D. = 5/25 ; O. G. = 5/35.

Champ visuel très rétréci à 7 ou 8°.

Fond O. D. G. : rétinite pigmentaire typique.

Transféré le 29 mai 1934 à la Clinique Chirurgicale A.

Opération, le 30 mai 1934 : stellectomie gauche. (Prof. Leriche).

On passe entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. On récline l'omo-hyoïdien sans le couper. Il y a une très volumineuse thyroïdienne, au devant de laquelle se trouve la plus grande partie de la chaîne sympathique qui est établie en masse plexiforme avec de nombreux rameaux entourant complètement l'artère. Quand on a libéré celle-ci, on

voit une veine vertébrale volumineuse et l'artère sous-clavière, avec passage de l'anse de Vieussens. Il faut récliner la veine pour découvrir l'artère vertébrale, en dedans de laquelle se trouve un volumineux ganglion stellaire que l'on enlève en totalité.

Le 11 juin 1934, le Prof. Fontaine pratique une stellectomie droite. S. p.

Retransféré en Ophtalmologie le 20 juin 1934. Nouvel examen ophtalmologique :

V. O. E. = 5/50 ; V. O. G. = 5/35.

Champ visuel, punctiforme O. D. G.

O. D. ne dépasse 5° dans aucune direction.

O. G. ne dépasse 10° dans aucune direction.

Fond d'œil : O. D. G. : la pupille présente une coloration rose. Les vaisseaux sont tous filiformes.

Nous revoyons le malade le 2 juin 1939.

Il raconte n'avoir eu aucune amélioration. Il ne voit pas mieux, ni de jour, ni de nuit.

Nous demandons au Dr Marx de pratiquer un nouvel examen des yeux.

Acuité visuelle : O. D. = 5/50 ; O. G. = 5/35 faible.

Sens chromatique complètement aboli.

Champ visuel presque punctiforme.

O. D. ne dépasse 5° dans aucun sens.

O. G. ne dépasse 10° dans aucun sens.

Il n'a été gêné en rien par l'intervention ; peut-être est-il plus sujet aux rhumes qu'autrefois.

Les oscillations prises aux deux bras sont excellentes.

	droit	gauche
Bras, 1/3 inférieur.....	4 à 10	3 à 10
Avant-bras, 1/3 inférieur....	3 à 14	4 à 10

OBSERVATION II

M. H... M. — Rétinite pigmentaire bilatérale typique, datant de 1929 *pour l'œil gauche, de* 1935 *pour l'œil droit.*

Stellectomie double, en 1936.

Résultat après 2 *ans* 1/2 *: aucune amélioration, ni objective, ni subjective. — Echec.*

M. H... M., né en 1905, est admis le 15 décembre 1936 à la Clinique Ophtalmologique.

Il raconte ceci : comme enfant, il avait toujours une très bonne vision. C'est en 1929 qu'il commence à voir moins bien de l'œil gauche, puis, en 1935, de l'œil droit. Il voit surtout mal par mauvais temps et au crépuscule, au point d'avoir de la peine à se diriger seul.

A l'admission, on remarque que les deux yeux sont blancs à un éclairage moyen.

O. D. = 5 ; O. G. = 4.

Fond d'œil : O. D. G. : les rétines sont de coloration grisâtre, elles paraissent atrophiques.

Les papilles sont grisâtres et décolorées, cireuses.

Les artères très rétrécies à la périphérie des deux rétines.

On note des foyers pigmentaires allongés en forme d'ostéoblastes, surtout nombreux à l'O. G. Pas de foyers enchaînés.

Le champ visuel :

O. D. : au grand test blanc, rétrécissement concentrique considérable, ne dépassant 15° en aucune direction.

O. G. : champ visuel impossible à prendre.

Le malade reconnaît les couleurs, de l'œil droit : en blanc, en rouge, en vert, en jaune, mais il ne lit aucun tableau S. Ischihara. Il ne reconnaît pas les couleurs de l'œil gauche.

Le malade est transféré le 17 décembre 1936 à la Clinique Chirurgicale A, et opéré le 23 décembre 1936. (Prof. Fontaine) : stellectomie droite, sans aucune particularité, si ce n'est le calibre très gros de l'artère thyroïdienne inférieure, et de la vertébrale.

Puis, le 28 décembre 1936 (Prof. Fontaine) : stellectomie gauche. Volume énorme de la thyroïdienne inférieure ; gros moyen et intermédiaire.

Il n'y a, après les opérations, aucune modification subjective de la vision.

Le 4 janvier 1937, retransfert en Ophtalmologie :

V. O. D. et V. O. G. = 5/10.

Champ visuel sans modification.

Rétrécissement concentrique considérable à droite.

Il est impossible de prendre le champ visuel à gauche.

Il reconnaît les couleurs.

Fond d'œil : Les deux papilles semblent un peu plus roses.

Il n'y a pas de modification dans le calibre des vaisseaux rétiniens.

Le 18 janvier 1937, il prétend voir moins bien. Il y a des scintillements et des points noirs devant l'O. D.

V. O. D. = 5/15 ; V. O. G. = 5/35.

Fond d'œil : les papilles paraissent plus rosées. Les artères sont considérablement rétrécies de calibre.

Le 9 mars 1937 : V. O. D. = 5/10 faible ; V. O. G. = 5/35.

Le 23 mars 1937 : V. O. D. = 5/15; V. O. G. = 5/35.

Le rétrécissement du champ visuel a un peu augmenté.

Les artères semblent un peu mieux remplies.

Le 16 décembre 1937 : V. O. D. = 5/15 ; V. O. G. = 5/50 faible.

Revu en mars 1938 :

V. O. D. = 0,4 - 0,5, faible ; V. O. G. = 0,1.

Champ visuel sans changement.

A la périphérie, il y a un peu de vision du côté inféro-temporal.

Le 24 mai 1939, nous recevons une lettre du malade : il n'y a pas eu d'amélioration, à son avis, depuis l'intervention.

OBSERVATION III

M. R... J. — Rétinite pigmentaire typique, débutant en 1933.

Opéré en 1937 *: Stellectomie gauche. Section du nerf vertébral droit.*

Résultat de 2 *ans : pas d'amélioration objective. — Grosse amélioration subjective datant de plus de deux ans.*

M. R... J., né en 1915, est admis le 1er mars 1937 à la Clinique Ophtalmologique, pour rétinite pigmentaire.

Jusqu'en 1933, il voyait pafaitement bien. Il rapporte l'origine de tous ses troubles à une chute accidentelle dans une rivière qu'il fit en 1933. C'est alors peu à peu qu'il remarque qu'il voit moins bien, et qu'il a du mal à se diriger de nuit.

A l'admission, l'examen montre :

V. O. D. O. G. = 5/10 ; O. D. O. G. nystagmus.

Léger strabisme convergent de l'œil gauche. C'est l'œil droit qui fixe.

Cornée s. p.

Les pupilles réagissent bien à la lumière.

Fond d'œil :

O. D., papille un peu pâle, de teinte légèrement cireuse. Artères rétrécies.

Du côté supéro-nasal, il y a, à la périphérie, juste deux petits foyers pigmentés. En bas, vers la périphérie, des foyers, pigmentés typiques, en forme d'ostéoblastes.

O. G., Papille cireuse. Artères rétrécies.

Quelques foyers pigmentés épars du côté supérieur. En bas, à la périphérie, des foyers typiques de rétinite pigmentaire.

Champ visuel : Pas de scotome ; seule une partie du champ inféro-temporal.

B. W. négatif.

Pendant une huitaine de jours, on fait un traitement d'épreuve au cyanure, sans aucun changement.

Transféré en Chirurgicale A, il est opéré le 17 mars 1937 : stellectomie gauche. (Prof. Leriche). Opération s. p.

Le 31 mars 1937 : section des racines du nerf vertébral droit. (Prof. Leriche).

Quelques jours après l'opération, il se trouve subjectivement très amélioré.

V. O. D. = 5/7,5 ; V. O. G. = 5/7,5.

Revu le 7 avril 1937 :

Champ visuel sans modification ; ne lit aucun tableau d'Ischihara, mais reconnaît les teintes colorées.

Revu à nouveau le 27 avril 1937 : il déclare voir mieux et se dirige plus facilement.

V. O. D. = 5/7,5 faible ; V. O. G. = 5/10.

Vision de près : O. D. = n° 1 ; O. G. = n° 1 difficile.

Sens chromatique : reconnaît les tests colorés.

Le 8 juillet 1937 : O. D. = 5/7, 5 faible ; O. G. = 5/10 faible.

Nous le revoyons le 30 mai 1939 : il est très content. Il a eu une amélioration progressive. Il peut circuler facilement en ville. De nuit, il circule à bicyclette. Enfin, il a la certi-

tude d'une amélioration. Elle est très lente, très progressive, mais elle persiste et continue.

Pas de ptosis — un léger myosis.

Il est simplement un peu plus sujet au coryza qu'autrefois.

Cependant, l'examen ophtalmologique n'a enregistré aucun changement : V. O. D. = 7/10 ; V. O. G. = 6/10.

Le fond d'œil est inchangé.

Les oscillations sont prises aux membres supérieurs :

	droit	gauche
Bras, milieu.....	I. O. 4,5 à 10	I. O. 4 à 12
Avant-bras, milieu.	I. O. 3,5 à 12	I. O. 3 à 12

OBSERVATION IV

M. L... J. — Rétinite pigmentaire typique bilatérale évoluant depuis 9 ans.

Stellectomie bilatérale.

Résultat au bout de 2 ans. Pas d'amélioration, ni objective, ni subjective. — Echec.

M. L... J. est admis le 20 avril 1937 à la Clinique Ophtalmologique ; il est né en 1914.

Dans ses antécédents, on retient que sa mère a depuis très longtemps une très mauvaise vision non améliorable par les verres. Un de ses frères présente une rétinite pigmentaire.

Il eut toujours une mauvaise vision. Déjà en classe, il lui était très difficile de lire au tableau. Mais c'est entre 1929 et 1931 qu'il semble avoir ressenti pour la première fois de l'héméralopie qu'il décrit très bien, et avoir éprouvé de la

difficulté à se diriger surtout au moment du crépuscule. La nuit tout à fait tombée, il se dirige plus facilement.

Il a été réformé au service militaire pour mauvaise vision et lésions pulmonaires.

A son admission, à la Clinique Ophtalmologique, l'examen révèle :

O. D. = 2/35, avec son verre 5/20 ;

O. G. = 2/35, avec son verre 5/20 faible.

Il porte en effet O. D. G. 2,50 sphér. - 0,75 cyl. à 90°.

Fond d'œil, O. D. G. : papilles pâles, cireuses ; vaisseaux étroits ; rétinites pigmentaires typiques.

L'examen médical général ne révèle rien de spécial.

On le transfert le 10 mai 1937 à la Clinique Chirurgicale A.

Il est opéré le 18 mai 1937 par le Prof. Fontaine : stellectomie droite. Opération sans particularité.

Puis, le 20 mai 1937, par le Prof. Leriche : stellectomie gauche. Opération typique.

Le malade revu successivement à la Clinique Ophtalmologique ; le 9 juillet 1937 :

V. O. D., avec son verre = 5/20 ;

V. O. G., avec son verre = 5/20.

Les yeux sont un peu irrités.

Le champ visuel n'a pas varié d'avec celui de l'examen du 20 mai 1937.

Le fond d'œil est identique.

Puis, le 26 août 1937 : V. O. D., O. G., avec son verre = 5/20.

Nous recevons de lui une lettre datée du 15 mai 1939. Il nous écrit qu'il n'a eu aucune amélioration depuis l'opération, qu'il ne voit pas mieux, et qu'il lit plus difficilement qu'avant l'intervention.

CHAPITRE II

Otospongiose compliquée de tétanie fruste et d'asthme

Nous publions ici la seule observation de stellectomie faite à la Clinique Chirurgicale A pour otospongiose compliquée de tétanie fruste et d'asthme. Ce cas publié, en 1936, par MM. Fontaine, Israel et Daull, dans la Revue de Chirurgie, était considéré comme guéri à cette époque. Il l'est demeuré en 1939. C'est donc un résultat parfait de stellectomie bilatérale datant de 6 ans (1).

OBSERVATION V

Mlle B.... — Otospongiose avec asthme et tétanie fruste, remontant à 1912.

Opérée en 1934 *: stellectomies gauche et droite.*

Résultat de 5 *ans : guérison. — Succès.*

---

(1) MM. Jung et Heimendinger ont publié, dans la Revue de Chirurgie, en 1939 des observations d'otospongioses améliorées par des infiltrations stellaires.

Mlle B..., âgée de 31 ans, est adressée au Prof. Fontaine, en avril 1933, pour otospongiose et crises d'asthme.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, rien de particulier à relever ; dans ses antécédents personnels, par contre, au cours de son enfance, diverses maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, varicelle, oreillons, diphtérie et typhoïde), mais qui, toutes, ont guéri sans laisser de séquelles apparentes.

C'est vers l'âge de 10 ans que débutèrent les premières crises d'asthme ; espacées au début, elles devinrent ensuite de plus en plus fréquentes. Dans les derniers temps, la malade présentait plusieurs crises tout à fait typiques par jour, sans qu'aucune des nombreuses thérapeutiques essayées ne lui ait jamais produit le moindre soulagement durable.

A l'âge de 23 ans, s'y associèrent des crises de rhume des foins, et en même temps apparurent les premières manifestations de l'otospongiose.

Dans les dernières semaines qui précédèrent son admission, la malade présenta enfin des crises de contractures de la mâchoire inférieure, crises qui survenaient surtout la nuit, réveillaient la malade et finissaient régulièrement par un véritable trismus.

L'examen clinique, fait en avril 1933, ne montrait rien de particulier du côté du cœur. Au niveau des poumons, on ne notait, tout au plus, qu'un léger degré d'emphysème.

Les urines ne renfermaient ni sucre, ni albumine.

Les pupilles réagissaient bien à la lumière et à la convergence. Par ailleurs, l'examen était négatif. On notait cependant quelques troubles endocriniens manifestes. C'est ainsi que la malade avait été réglée tardivement, vers 17 ans seulement. Les règles étaient irrégulières et parfois ne se produisaient que tous les deux mois. A ces signes d'insuffisance ovarienne, s'ajoutaient des troubles d'ordre parathyroïdien : secousses multiples, au cours de l'examen clinique, s'étendant à tout le corps, particulièrement intenses au niveau des membres inférieurs. Le signe de Chvostek était très net.

La calcémie, selon la méthode de Hirth, fut trouvée à 0.094 o/oo.

Dans les urines, le taux des phosphates atteignait 2 gr. 25 o/oo, la calciurie o gr. 66 o/oo.

L'examen oto-rhino-laryngologique donna l'audition suivante :

	Oreille droite	Oreille g^{che}
Voix haute.....	+	+
	à proximité	à proximité
Voix chuchotée, zone grave	o	o
— — , — aiguë	o	o
Montre : voix aérienne.....	contact	contact
Diapason : 64 vibrations...	o	o
128 — ...	o	o
256 — ...	o	o
435 — ...	+	+
1.024 — ...	+	+
2.048 — ...	+	+
Perception cranienne.....	conservée	conservée.

En somme, otospongiose tout à fait typique, survenue chez une jeune fille qui, depuis plusieurs années déjà, souffrait de crises asthmatiques et présentait, en même temps, des signes d'hypo-parathyroïdie et des troubles ovariens évidents.

Dans ces conditions, un traitement opothérapique à base d'extraits ovariens et parathyroïdiens, de vitamine D et de sels calciques, fut essayé et poursuivi pendant un an. Pendant dix mois environ, les crises d'asthme et les contractures de la mâchoire inférieure paraissaient améliorées, et les règles semblaient se régulariser.

L'audition, par contre, qui fut examinée à plusieurs reprises au cours de ce traitement, ne s'était à aucun moment modifiée. Après plusieurs mois de traitement à base d'ergostérine irradiée et de parathyrocalcine, la calcémie monte à 0,110 o/oo.

Malheureusement, cette amélioration ne fut que passa-

gère et fit place, au bout de dix mois, à une aggravation certaine. A partir de ce moment, la malade fit constamment une à deux crises d'asthme par jour, en même temps que reprirent les crises nocturnes de contracture maxillaire extrêmement gênantes. En outre, la malade se plaignait beaucoup de bourdonnements d'oreille incessants.

L'hospitalisation s'impose. Malgré un traitement médical intensif, aucune amélioration ne fut obtenue.

C'est dans ces conditions que l'on proposa à la malade une intervention chirurgicale.

Le 21 juin 1934, anesthésie locale. Op. (Prof. Fontaine) : ablation de l'intermédiaire avec stellectomie gauche. Opération schématique. On enlève un gros ganglion moyen et un stellaire jusqu'à la jonction avec le 2e thoracique. La thyroïdienne inférieure n'est pas plus grosse qu'une collatérale digitale.

Dès après la première intervention, les crises d'asthme ont disparu.

Le 30 juin 1934, an. locale. Op. (Prof. Fontaine) : ablation de l'intermédiaire et stellectomie droite. Tissu plus scléreux qu'à gauche. Opération simple.

La guérison opératoire se fit sans incident. Dès la première opération, la malade nota la disparition des crises asthmatiques. Durant tout son séjour à l'hôpital, elle n'en présenta plus aucune.

Elle fut revue en 1936. Dans les deux années qui s'écoulèrent, ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'elle fit une légère crise d'asthme, à l'occasion d'un séjour dans une ville, dans laquelle, avant l'opération, il lui avait toujours été impossible de résider.

Du côté de son asthme, la malade se considérait donc comme guérie en 1936.

Il en était de même des crises de contracture qui, dès la première intervention, s'étaient faites rares et courtes, et qui disparurent complètement après la deuxième.

Quant à la calcémie, elle ne varia pas.

Mais ce qui surprit le plus la malade, ce fut l'amélioration notable inattendue de l'audition. Non seulement les bourdonnements si gênants disparurent complètement, mais bientôt la malade se rendit elle-même compte qu'elle pouvait plus facilement converser à deux, et souvent il lui était possible de suivre une conversation à plusieurs personnes. Son entourage, à son tour, nota les progrès de l'audition.

Cette amélioration n'était d'ailleurs pas uniquement subjective. L'examen objectif fait le 12 octobre 1934, soit trois mois et demi après l'opération, montra :

	Oreille droite	Oreille gauche
Voix haute.....	+	+
	distance moyenne	distance moyenne
Voix chuchotée, zone grave	0,08	0,10
— — , — aiguë	0,20	0,25
Montre : voix aérienne.....	0,06	0,08
Diapason : 64 vibrations...	0	0
128 — ...	0	+
256 — ...	+	+
435 — ...	+	+
1.024 — ...	+	+
2.048 — ...	+	+
Perception cranienne.....	conservée	conservée.

Son amélioration, constatée en 1936, s'est intégralement maintenue.

Son audition, prise par le Docteur DAULL de Belfort, le 15 juin 1939, est superposable à celle prise en 1934.

Les crises d'asthme ont presque disparu, elle en a eu deux ou trois depuis 1936 et encore furent-elles très bénignes.

Quant aux crises de tétanie, elles n'ont plus reparu ; parfois il y a un peu de douleur, un peu de raideur dans les mouvements de la mâchoire et c'est tout.

Cette malade mène une vie normale, très active et très sportive.

CHAPITRE III

Lagophtalmie

La plupart de nos documents sur les syndromes neurologiques centraux sont demeurés à Strasbourg. Nous relatons cependant une stellectomie faite en 1936 pour lagophtalmie qui fut un succès d'un an. En 1937, la malade mourait de récidive d'un cancer de la parotide.

OBSERVATION VI

Mme E.... E. — Stellectomie droite, en 1936, *pour lagophtalmie, suite de traitement de tumeur mixte de la parotide.*

Résultats après un an : diminution de la fente palpébrale. — Succès.

Mme E... E., née en 1892, est admise le 4 mai 1936 à la Clinique Chirurgicale A.

Elle a été opérée, en 1916, à Paris, d'une tumeur parotidienne.

En 1920, la joue commence à enfler. Il n'y a pas de

douleur, pas de tiraillement. On lui fait de la radiothérapie sans succès.

En 1926, elle est à nouveau traitée par de la radiothérapie, et la tumeur disparaît.

Enfin, trois semaines avant son admission, la malade sent une induration sous la mâchoire à droite, qui motive son admission.

On constate, à ce moment, une tuméfaction de la joue droite, s'étendant depuis la partie postérieure de la branche montante du maxillaire inférieur jusqu'à sa moitié antérieure. C'est un nodule très légèrement mobile, mais on ne peut savoir s'il adhère ou non au maxillaire.

On pose le diagnostic de tumeur mixte de la parotide.

Le 6 mai 1936, ablation de la tumeur. On est obligé de sacrifier le facial. (Prof. Leriche).

Immédiatement après l'opération, une infiltration stellaire provoque un Claude Bernard-Horner net, mais on n'arrive pas à une occlusion complète des paupières.

Le Professeur Leriche décide une stellectomie.

Le 29 mai, stellectomie droite. (Prof. Leriche).

Stellectomie sans particularité, si ce n'est une grosse artère thyroïdienne. Petit intermédiaire.

La malade quitte le service le 1er juin, ayant une meilleure occlusion de la paupière, un peu moins de larmoiement, mais l'état n'est pas parfait.

En août 1936, elle est revue pour récidive. On enlève localement un noyau au bistouri électrique, et on fait suivre l'intervention d'un traitement aux rayons.

Le 11 mai 1937, dernière admission. Son état général est franchement mauvais. Elle a de nombreuses céphalées. On découvre des métastases pulmonaires. Son œil droit est toujours plus petit que le gauche, l'occlusion des paupières n'est pas parfaite, mais très satisfaisante. Il y a peu de larmoiement.

Elle meurt le 21 mai 1937 de complications pulmonaires.

CHAPITRE IV

Affections cardiaques

Nous rapportons une observation d'une malade opérée en 1939 pour tachycardie. Le Docteur Gravier, Médecin des Hôpitaux de Lyon, a bien voulu nous donner des renseignements sur l'état actuel de cette malade dont l'amélioration 10 ans 1/2 après une stellectomie gauche est à considérer comme incertaine (1).

Nous n'avons pas pu revoir une autre malade opérée pour tachycardie paroxystique en 1925 par M. Leriche. Cette malade avait été revue en 1932, et le résultat excellent donné par l'observation a été relaté dans le rapport sur la chirurgie des nerfs du cœur, au Congrès de Chirurgie de 1932.

OBSERVATION VII

Mlle P.... V. — Rétrécissement mitral, tachycardie, avec troubles vasomoteurs.

Opérée, en 1929 *: Stellectomie gauche.*

Après 10 *ans* 1/2 *: résultat incertain.*

---

(1) Cette observation a été publiée en 1929 par le Docteur L. Gravier, dans le Lyon Médical, N° 46, du 17 novembre 1929.

Employée au P.-L.-M., Mlle P... V. consulte en juin 1926, à Lyon, pour des palpitations. Alors âgée de 27 ans, elle fait remonter le début de ses troubles à une agression qui l'a vivement effrayée, en février 1924. Auparavant, santé parfaite ; aucune autre maladie, dans ses antécédents, qu'une rougeole et une coqueluche dans l'enfance.

Jamais ni rhumatisme, ni chorée, ni scarlatine. Règles normales depuis l'âge de 13 ans.

Depuis février 1924, la malade est gênée par de petites crises tachycardiques à la moindre émotion : petite contrariété, vue d'un chef. D'abord relativement rares, ces crises, qui présentent tous les caractères d'une tachycardie sinusale banale, sont devenues beaucoup plus fréquentes depuis février 1926 ; elles surviennent à tout moment de la journée, souvent même sans cause précise. Elles affectent vivement la malade, d'autant qu'elles s'accompagnent régulièrement d'une roséole émotive intense qui occupe tout le visage, le cou et la poitrine jusqu'aux seins. Aussi a-t-elle perdu toute assurance, redoute-t-elle toute parole de ses chefs, persuadée qu'elle est que cette émotivité lui porte préjudice, lui enlève ses moyens, et doit nuire à son avancement. Quelques troubles secondaires, qu'un pénible interrogatoire arrive à faire confesser, complètent la scène clinique : point de côté, précordial ou sternal, mal précisé, survenant à la marche et s'irradiant parfois aux mâchoires et aux dents, en débutant toujours par le maxillaire inférieur ; une dyspnée modérée à l'effort, suivant toujours l'accélération cardiaque, dont l'apparition serait récente, bien que, dès son enfance, la malade n'ait jamais pu marcher vite et courir comme ses compagnes de classe ; un certain tremblement des mains et des doigts qui suivent toujours dans l'ombre des palpitations.

La malade a déjà consulté deux médecins des hôpitaux de Lyon. L'un en a fait une dépression mentale et a conseillé un traitement nerveux et une saison à Divonne ; l'autre l'a qualifiée de Basedow fruste à forme tachycardique. L'examen ne révèle pourtant aucune anomalie thyroïdienne, si légère soit-elle. Tous les organes ou appareils paraissent

normaux. Seul le cœur retient l'attention. L'existence d'un rétrécissement mitral paraît, en effet, des plus probables, car le premier bruit est très éclatant, un léger roulement présystolique ne peut être affirmé, et l'on note, de façon inconstante, un dédoublement du deuxième bruit et parfois même un roulement diastolique. Mais la rapidité du rythme, qui ne descend jamais au-dessous de 110 dans les moments les plus favorables, rend très difficile l'auscultation et ne permet pas une affirmation franche. La radioscopie n'est pas d'un grand secours, car, si elle montre bien une certaine augmentation du volume du cœur, il n'existe pas de saillie de l'arc moyen, le point gauche est haut situé, et l'oreillette gauche ne paraît pas notablement dilatée à l'examen en O. P. D.

La malade est ensuite perdue de vue pendant deux ans. Un long séjour de trois mois à Divonne, divers traitements opothérapiques ou nervins ont été complètement inefficaces. Tachycardie et fard continuent à torturer la malade qui, à certains moments, arrive à ne pouvoir donner une signature, tant est pénible la gêne qu'ils lui causent.

On la revoit à Lyon en mai 1928. Le diagnostic de rétrécissement mitral ne paraît pas douteux, malgré la rapidité du rythme, qui ne descend pas au-dessous de 120 durant tout l'examen : premier bruit très éclatant, courte systole, dédoublement net du deuxième bruit suivi d'un roulement diastolique léger, mais indiscutable, lorsqu'on ausculte la pointe en décubitus latéral gauche avec le stéthoscope de Lian. On admet la nature rhumatismale de cette lésion, car depuis trois ans, la malade accuse des douleurs articulaires, fugaces, variables, attaquant cependant avec prédilection les épaules, mais ne s'accompagnant jamais d'œdème et n'ayant jamais obligé à l'arrêt du travail.

Les troubles fonctionnels persistent avec les mêmes caractères et la même acuité ; aussi la malade demande-t-elle instamment un traitement qui puisse la soulager, voire un traitement chirurgical. On la suit pendant sept mois, en essayant successivement toutes les médications classiques, bromure, valériane, gardénal, digitale, strophantus, ésérine, tartrate d'ergotamine (gynergène). Tous ces médicaments

restent inefficaces, tout au plus le gynergène semble-t-il procurer une atténuation des troubles pour de courtes durées, mais son action reste des plus inconstantes, malgré la prolongation de son administration pendant de longues semaines. La seule amélioration que reconnaisse la malade est la disparition, depuis le mois de juillet 1928, des irradiations douloureuses au niveau des dents lors de certains efforts.

L'état général est d'ailleurs fort bon. Embonpoint normal, avec une petite particularité : seins de volume quelque peu exagéré. Il est toujours impossible de sentir la moindre anomalie thyroïdienne. On fait d'ailleurs pratiquer la mesure du métabolisme basal dans le laboratoire du Prof. Hugounenq. Les chiffres, obtenus par le Docteur Enselme, montrent un métabolisme basal absolument normal. On peut donc éliminer pour cette tachycardie toute origine thyroïdienne, et l'on doit admettre qu'il s'agit d'un syndrome sympathicotonique. Aussi, malgré l'existence d'une certaine dyspnée d'effort, d'une légère cyanose des lèvres qui sont indiscutablement d'un pourpre anormal, propose-t-on à la malade une sympathectomie, en faisant toutes réserves sur le résultat. La malade est donc présentée au Professeur Leriche, qui accepte de tenter cette opération.

La malade est opérée à Strasbourg, le 17 janvier 1929, par le Prof. Leriche et le Dr Fontaine. Section et excision complète du ganglion étoilé gauche. Suites opératoires normales, mise à part une petite suppuration locale.

On revoit la malade le 13 février, à Lyon, un mois donc environ après son opération. Pour la première fois, on note un pouls à 75 en décubitus dorsal, à 80-85 en position debout. Des mouvements de salutation n'amènent qu'une accélération à 100. Aussi, l'auscultation est-elle particulièrement facile, et permet-elle de noter un rythme mitral des plus typiques, et, en plus, un petit souffle systolique endapexien, de timbre presque musical, très léger, variable avec la respiration. A côté de cette amélioration du rythme cardiaque, on remarque l'absence de roséole émotive, le phénomène paraissant avoir complètement disparu depuis l'intervention. Le résultat paraît donc intéressant. Cependant, la malade, tout

en se déclarant satisfaite, ne paraît pas très enthousiaste. Elle reconnaît pourtant que son cœur « s'emballe beaucoup moins qu'auparavant », qu'elle est beaucoup moins impressionnable, du moins aux actes courants de la vie journalière. Mais elle se plaint qu'une émotion même légère ramène toujours l'accélération de son cœur, dont elle perçoit alors les battements en même temps qu'une légère angoisse rétrosternale. A noter, enfin, une enophtalmie gauche, modérée, avec léger myosis, qui ne paraît d'ailleurs nullement chagriner la malade.

Un nouvel examen, le 10 avril, permet de relever : a) absence complète de roséole émotive, mais la malade prétend cependant piquer encore, de temps à autre, un fard, au moins dans des occasions exceptionnelles ; b) amélioration indiscutable du rythme. Debout, le pouls est à 80. Après 10 minutes de décubitus, on le trouve à 70-72. Quelques mouvements de flexion du tronc le font osciller entre 88-83-80. Un exercice assez violent de dix mouvements profonds de salutation élève le rythme à 120, mais rapidement on le voit tomber à 100, et, 65 secondes après la fin de l'exercice, il est déjà à 80. C'est donc sensiblement ce que l'on constate chez un sujet normal.

A noter d'ailleurs que l'examen a été pratiqué à 8 h. 30, et que les matinées, au dire de la malade, sont toujours plus mauvaises que les après-midi. En revanche, les efforts seraient un réactif de la tachycardie beaucoup moins sensible que les émotions. C'est ce qui explique sans doute le désaccord qui existe entre les constatations, que l'on fait aujourd'hui, et l'impression assez peu enthousiaste que manifeste la malade.

Le Docteur Gravier revoit la malade fin juin 1929. L'état est en somme stationnaire. La malade se plaint toujours de ses réactions émotives tachycardiques et précise que leur intensité varie beaucoup suivant les jours. Certains jours, ses battements cardiaques surviennent pour les actes les plus simples, comme celui de donner une signature sous l'œil d'un de ses chefs. Le matin, bien qu'on ne constate pas de roséole émotive, le pouls est à 110 en position debout,

et, dans l'ensemble, on a l'impression qu'il y a une tendance du rythme à s'accélérer.

Nous recevons une lettre du Dr Gravier, datée du 27 août 1939, qui nous écrit ceci :

« Je crois que la tachycardie sinusale que présentait cette malade, n'était qu'une conséquence des phénomènes évolutifs rhumatismaux, comme on en rencontre souvent dans les lésions mitrales.

« Il ne fait actuellement plus de doute pour moi que l'explication de cette tachycardie doit être recherchée dans des lésions évolutives myocardiques.

« Dès lors, les résultats de la stellectomie sont bien difficiles à juger, car les phénomènes évolutifs myocardiques sont susceptibles d'amélioration et de rechute avec une grande facilité.

« Ce qu'on peut simplement dire, c'est que la stellectomie avait amélioré momentanément la tachycardie après l'intervention. Le résultat ne s'était pas nettement maintenu.

« Actuellement, Mlle P. fait son service normal d'employée aux écritures à la S. N. C. F. Elle présente toujours sa lésion mitrale. Pas de signes de décompensation. Certaine dyspnée d'effort. Soupçon de cyanose. Rythme au repos : 80 environ, régulier. L'effort, tel que la marche, l'augmente vers 110 ; même réaction facile à l'émotion. Les réactions vaso-motrices de la face et du cou sont très atténuées, surtout plus rares et moins faciles. »

DEUXIÈME PARTIE

Syndromes périphériques

CHAPITRE I

Troubles circulatoires et vaso-moteurs
Maladie de Raynaud

Dans ce chapitre, nous groupons 10 observations de malades atteints de troubles circulatoires ou vaso-moteurs.

Il y a, dans ces observations, 6 cas de maladie de Raynaud, ce sont les observations VIII à XIII. Sur ces 6 cas, nous enregistrons 4 guérisons ou améliorations nettes et deux échecs.

Sans insister sur les conceptions actuelles pathogéniques de la maladie de Raynaud, nous rappelons cepen-

dant qu'on la conçoit comme une perturbation fonctionnelle des sympathiques vaso-moteurs (1).

C'est pourquoi, à la suite de ces 6 observations de Raynaud, nous ajoutons, dans ce même chapitre, 4 autres observations : l'une étiquetée primitivement maladie de Raynaud et sclérodermie, et qui, en réalité, semble devoir être interprétée comme une ulcération leucémique. Dans ce cas, l'intervention cathennaire fut un succès.

Les observations XV, XVI et XVII relatent des troubles vasculaires des doigts et des mains. Ces malades ne sont pas à interpréter comme des maladies de Raynaud, ils sont bien plus à considérer comme des troubles circulatoires se rapprochant du type des acrocyanoses que comme des cas d'hyperexcitabilité anormale des vaso-moteurs, Nous avons revu ces malades : ce sont 2 échecs et un succès.

OBSERVATION VIII

M. H... P. — Maladie de Raynaud, ayant commencé au début 1930.

En mai 1930 *: stellectomie droite.*

En 1938, *le malade est revu. Résultat de* 8 *ans : guérison. — Succès.*

M. H... P., né en 1884, est admis le 26 mai 1930 à la Clinique Chirurgicale A.

---

(1) Nous renvoyons pour une étude plus complète sur la définition et la physiopathogénie de la maladie de Raynaud à la thèse du Docteur Zaks : « Contribution à l'étude des résultats éloignés de la chirurgie du sympathique dans la maladie de Raynaud » (Strasbourg, 1939). — On y trouvera une bibliographie assez complète sur la question.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents, il n'a jamais été malade, et il travaille depuis l'âge de 20 ans comme employé de bureau.

En janvier 1930, il commence à avoir des fourmillements dans la main droite, crise qui dure de 1 à 2 heures, et se continue par des phénomènes de cyanose des doigts, parfois même, elle va jusqu'à une syncope complète des extrémités.

Depuis le début du mois d'avril, ont apparu de véritables douleurs à l'extrémité des doigts, en même temps que des taches bleu-noir sous les ongles.

A l'admission, le malade se plaint de douleurs au bout des doigts, douleurs constantes, mais exagérées par temps froid, et qui ne sont pas soulagées par l'eau chaude.

Il ne peut plus fermer la main en poing. Les ongles de la main droite ne poussent presque plus.

La main gauche est simplement cyanosée et froide.

On remarque également que la peau de la main droite est moins souple, plus infiltrée qu'à gauche.

La radiographie n'indique aucune image de côte cervicale.

Le 27 mai 1930, on instaure un traitement à l'acétylcholine : 2 gr. par jour. Il y a peu ou presque pas d'amélioration.

Le 2 juin 1930, opération : ramisection cervicale, et ablation du ganglion étoilé à droite. (Prof. Leriche).

Incision transmusculaire. Section de l'omo-hyoïdien. Le clivage de la graisse au tampon arrache une petite collatérale de la jugulaire interne, près de la clavicule. On met une pince et une ligature latérale ; comme celle-ci est insuffisante, on applique un morceau de muscle, qu'un écarteur tient jusqu'à la fin de l'opération.

On trouve un énorme tronc thyro-cervico-scapulaire. La thyroïdienne est plus grosse qu'une humérale. Il faut la sectionner pour voir l'artère vertébrale, en dedans de laquelle se trouve l'étoilé, qu'on peut enlever en totalité.

Les suites immédiates sont excellentes. Il y a peu de douleurs, et les téguments reprennent leur coloration.

Le 12 juin 1930, le malade quitte, guéri.

Les mouvements et l'aspect de la main droite semblent parfaitement normaux.

Il est revu le 28 mars 1938, et raconte qu'après l'opération, pendant deux ans, les 2e, 3e et 4e doigts pâlissaient encore en hiver, mais sans crise douloureuse. Lentement, toutes ces perturbations cessèrent, et le malade reste complètement guéri, si ce n'est une plus légère sensation de froid à la main droite qu'à la main gauche en hiver.

A l'examen local, la main droite a un aspect normal, sans troubles trophiques. Les ongles ne sont pas déformés ; seule, à l'extrémité du pouce, de l'index et de l'annulaire, se remarque une peau un peu craquelée.

OBSERVATION IX

Mme P... Ph. — Malade atteinte de Raynaud en janvier 1930.

Opérée 6 *mois plus tard : stellectomie et sympathectomie péri-humérale gauches.*

Résultat au bout de 8 *ans : guérison. — Succès.*

Mme P... Ph. est admise le 3 juin 1930 à la Clinique Chirurgicale A.

Née en 1887, elle raconte qu'au cours de l'hiver 1929/30, alors que jusque là elle n'avait jamais été malade, elle commença à ressentir des douleurs dans l'extrémité des doigts chaque fois qu'elle les exposait au froid.

Les doigts devenaient froids, violacés, parfois blancs, et perdaient toute sensibilité. Ces phénomènes étaient accom-

pagnés de douleurs intenses. Progressivement apparurent, au niveau de la pulpe des 2e et 3e doigts de chaque main, des petites plaques noirâtres.

Elle continue ainsi à souffrir jusqu'à son admission.

A l'examen, on constata à l'extrémité de la pulpe, sous l'ongle des médius et annulaires droits et gauches, une cicatrice consécutive à de petites ulcérations.

La peau des doigts est rugueuse, racornie, tendue. Elle est froide, violacée.

La sensibilité est émoussée, et la malade éprouve une sensation d'engourdissement. Les 4e et 5e doigts sont peu touchés.

Le pouls radial est bien palpable des deux côtés.

L'oscillométrie, normale après bains froid et chaud, montre, du côté droit, une inversion de la réaction au chaud. La réaction au froid n'est pas très accentuée.

Le 27 juin 1930, sympathectomie péri-humérale à gauche. L'artère se contracte bien.

Suites immédiates : réaction thermique insignifiante. La malade éprouve plus de souplesse dans la main gauche, mais les doigts restent cyanosés et froids. C'est pourquoi on décide une stellectomie.

Opération, le 5 juillet 1930 : stellectomie gauche. (Prof. Leriche).

L'espace compris entre la ligne médiane et le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien est très étroit. L'incision transmusculaire conduit directement sur la jugulaire. Il faut la disséquer complètement pour la récliner en dedans. Toute petite thyroïdienne, avec sympathique antérieur présentant, tout à fait en bas et près de la sous-clavière, un intermédiaire très individualisé, dont les rameaux internes contournent les vaisseaux vertébraux et conduisent sur un gros étoilé que l'on enlève sans difficulté.

La malade est revue le 10 août 1930, très améliorée. Sa main est plus chaude. Il n'y a plus de crises douloureuses, peu de crises d'asphyxie, et elles disparaissent au moindre

frottement. Il y a aussi une amélioration du côté droit, mais moins nette.

Le 2 décembre 1931, elle est de nouveau revue. Les crises de cyanose ont disparu, en dehors du très grand froid. Il n'y a plus eu de pâleur des bouts des doigts.

Avant l'opération, l'engourdissement, l'insensibilité à gauche remontaient jusqu'au poignet ; ces symptômes n'apparaissent plus que rarement, ils sont limités aux doigts et ne persistent que très peu de temps.

La malade est revue enfin une dernière fois le 30 mars 1938. Les douleurs ont complètement disparu, et elle peut travailler, se sent très améliorée. Le syndrome de Claude Bernard-Horner est net à gauche.

La main gauche semble complètement guérie, elle est de coloration normale ; le pouls radial palpable ; la peau des doigts est peut-être un peu luisante, mais c'est tout ce que l'on remarque.

La main droite est un peu œdémateuse, rouge-violacé, plus sensible au froid que la gauche. Il y a encore des crises de cyanose, mais pas de douleur, ni de pâleur.

Les courbes oscillométriques ne montrent plus ni exagération, ni inversion des réponses au bain froid, ni au bain chaud.

OBSERVATION X

Mme K... G. — Maladie de Raynaud, ayant débuté en 1926.

Opérée 9 ans après. En 1935, *stellectomies droite et gauche, et sympathectomie péri-humérale droite.*

Résutat au bout de 3 ans : état stationnaire. — Succès.

Mme K... G. est admise, en mai 1935, à la Clinique Chirurgicale A. Il n'y a rien à relever dans ses antécédents.

En 1931-1932, elle commença à avoir, au cours de l'hiver, des crevasses et des engelures. La peau de ses doigts devenait bleue et rouge ; la malade constate, à cette époque, une sorte d'engourdissement des doigts, puis des crises douloureuses surviennent. Celles-ci provoquent la cyanose des doigts.

En 1932, ces phénomènes sont plus intenses, les doigts deviennent blancs, les douleurs sont plus vives. Il y a de petites ulcérations qui entourent les ongles et les font tomber. Elles siègent au niveau de l'auriculaire de la main gauche et sur l'index et le médius de la main droite.

Bientôt, la phalange unguéale du 5e doigt de la main gauche tombe, puis la phalangette du 2e et 3e doigts de la main droite.

Tel est l'état de la malade lors de son admission en mai 1935.

Opération le 20 mai 1935 : stellectomie droite et sympathectomie péri-humérale. (Prof. Fontaine).

1° Sympathectomie péri-humérale typique.

2° Stellectomie très simple, facile, très schématique. Ablation du ganglion étoilé, de l'intermédiaire et du moyen.

Le 29 mai 1935 : stellectomie gauche. (Prof. Leriche). Stellectomie sans aucune particularité. Ablation de l'étoilé, de l'intermédiaire et de la chaîne jusqu'au second.

Après quelques semaines, il y a une amélioration nette. Il n'y a plus de crises d'asphyxie à la main droite, mais la sensibilité au froid reste augmentée. Pendant l'hiver 1937-38, une petite ulcération indolore apparaît au niveau de la phalangette de l'auriculaire droit ; l'ongle s'épaissit, se déforme. La main est violacée.

La malade est revue le 30 mars 1938. La main droite est nettement cyanotique et froide ; la phalangette du 4e doigt

est tombée depuis 1935. Au niveau du 5e, il y a des ulcérations.

Mme K... se plaint toujours de crises douloureuses par le froid et apparaissant surtout avant les règles. Elle ne peut travailler.

OBSERVATION XI

Mme V... M. — Maladie de Raynaud typique remontant à 10 ans.

Opérée, en 1935 : stellectomie gauche, puis droite.

Amélioration après l'opération. Après 4 ans, l'amélioration ne s'est pas maintenue. — Echec.

Mme V... M. est admise le 8 mai 1935 à la Clinique Chirurgicale A. Née en 1900, il n'y a rien à relever dans ses antécédents.

En 1924, pour la première fois, l'auriculaire de la main gauche devient blanc, puis bleu au froid. Tous les doigts se prennent en quelques mois, phénomène qui revient chaque année à la saison froide. Jusqu'en 1935, elle n'a suivi aucun traitement. A ce moment, elle est admise à la Clinique Chirurgicale A.

A son admission, elle raconte que ses doigts pâlissent et blémissent pratiquement pendant toute la journée en hiver, alors qu'aux autres saisons, ils semblent normaux. A ces troubles, s'ajoutent des palpitations qui surviennent au même moment que ses doigts changent de couleur.

Elle a souvent froid aux pieds, et en hiver, ses orteils sont blancs.

Les oscillations sont prises le 13 mai :

	droit	gauche
	—	—
Cheville	3 à 9	2,5 à 9
Avant-bras, 1/3 supérieur		
normal	7,5 à 7	6 à 7
(40°) bain chaud....	5,5 à 7	5 à 8
(0°) — froid....	5 à 7	3,5 à 9
Avant-bras, 1/3 inférieur		
normal	2,5 à 7	1,5 à 8
bain chaud.....	2 à 7	3 à 8
— froid	0,5 à 7	1 à 8

Devant ce tableau clinique, et en absence de tout signe radiologique de l'existence d'une côte cervicale, on pense qu'il s'agit d'une maladie de Raynaud.

Le Professeur Leriche décide l'opération.

Opération, le 14 mai 1935 : stellectomie gauche. (Prof. Fontaine).

Opération très schématique, facile. Ablation du ganglion moyen et de l'étoilé qui est très gros.

Le 16 mai 1935 : amélioration nette du côté de la stellectomie, le bras et la main sont chauds et rosés, et contrastent nettement avec le membre droit qui est froid et cyanotique.

Le 25 mai 1935 : stellectomie droite. (Prof. Fontaine).

Opération schématique. Ablation depuis le pôle inférieur du ganglion moyen jusqu'au pôle inférieur du stellaire.

On ne revoit la malade que le 19 mai 1939. Elle nous raconte qu'elle a été améliorée pendant quelque temps après l'opération, mais que ce mieux n'a pas duré.

Les crises vaso-constrictives continuent. Elles surviennent comme auparavant au froid, et lorsqu'elle porte des objets lourds.

Elle ajoute que, depuis ce moment, les palpitations auraient augmenté, et qu'elle serait plus essoufflée en montant

les escaliers. Sa vue n'a pas changé, mais elle ne transpire pour ainsi dire pas à la figure ni aux bras.

Lorsqu'on l'examine, on constate de la cyanose des mains et des doigts ; la peau est lisse aux mains, sans aucun poil. Les ongles sont cassants, striés longitudinalement, et se fendent facilement en épaisseur.

Les fentes palpébrales sont petites, les pupilles en myosis, mais si on ignore la double stellectomie, rien ne fait remarquer ce double Claude Bernard-Horner.

Nous reprenons ses oscillations :

	Côté droit	Côté gauche
Bras, milieu		
normal	2 à 10	2,5 à 13
chaud	3 à 11	3,5 à 13
froid	3,5 à 11	3 à 10
Avant-bras, 1/3 supérieur		
normal	0,25 à 13	1 à 12
chaud	3,5 à 12	4,5 à 12
froid	3 à 10	2 à 11
Avant-bras, 1/3 inférieur		
normal	0,25 à 13	0,25 à 13
chaud	2 à 11	1 à 13
froid	1 à 11	0,25 à 13

(Il est à signaler que nous avons pris les oscillations dans l'ordre suivant : temp. normale, bain chaud, bain froid).

OBSERVATION XII

Mme Ch... C. — Raynaud avec sphacèle des orteils.

Opérée, en 1935 *: sympathectomie lombaire double — stellectomie bilatérale.*

Résultat de 3 *ans : grosse amélioration. — Succès.*

Mme Ch... C. est admise, le 20 juillet 1935, à la Clinique Chirurgicale A.

Née en 1903, elle raconte ceci :

Elle n'a jamais été mariée ; réglée à l'âge de 13 ans, ses règles ont toujours été normales. A l'âge de 13 ans, après un bain froid, la malade a eu une éruption cutanée sur les deux jambes. Il s'agissait de petites taches rouges un peu plus petites qu'une pièce de 50 centimes, qui disparurent au bout de deux mois, en laissant de petites taches pigmentaires brunâtres.

Jusqu'à 23 ans, il n'y eut plus aucun phénomène analogue ; mais à ce moment, en été, de nouvelles taches rouges réapparurent sur la face interne des deux jambes et au niveau des coudes. Celles-ci disparurent à leur tour, laissant place à des plaques pigmentées.

En 1925, la malade fit une gastro-entérite aiguë, qui se prolongea par une sorte d'entérite chronique pendant deux ou trois ans. En 1929, elle observa, pour la première fois, que ses mains devenaient bleues et blanches, en même temps qu'elle éprouvait de vives douleurs dans les doigts. En deux ou trois heures, les doigts reprenaient leur coloration normale, et tout rentrait dans l'ordre.

Aux pieds, les manifestations étaient sensiblement les mêmes, et les orteils se cyanosaient.

En 1930, elle consulta et fut traitée par des piqûres d'adrénaline trois fois par semaine. Deux mois après ce traitement, la maladie s'aggrave : les crises de cyanose deviennent plus nombreuses et plus graves. La cyanose passagère d'autrefois se transforme en une coloration durable, qui persiste des semaines et même des mois. L'état est grave au point que la malade est obligée d'arrêter son travail. Elle se repose pendant six mois, à la suite de quoi elle est nettement améliorée.

En 1932, elle est traitée par des rayons ultra-violets et des infra-rouges. Elle est améliorée, mais fait une rechute très intense au mois de juin. A ce moment, les membres inférieurs surtout sont atteints.

En 1933, les crises cyanotiques sont plus espacées et moins graves. En 1934, une ulcération apparaît au niveau du talon, qui dure deux mois.

En 1935, après une piqûre de sulfarsénol, au cours de laquelle elle fait une syncope, on lui injecte une dose massive d'adrénaline. 24 heures après, le pied devient blanc. La malade ne sent plus ses orteils. Elle commence une série d'ulcérations, qui vont jusqu'à la perte par gangrène de deux orteils. La marche devient impossible sur le pied droit. C'est alors qu'elle est admise à la Clinique Chirurgicale A.

Examen. — Il s'agit d'une malade très amaigrie, qui présente, par places, sur les téguments, des taches violacées. Les doigts sont cyanotiques. Les jambes sont couvertes de taches pigmentaires sur la face externe et dans la région malléolaire.

Les pieds sont cyanotiques. Le droit a perdu le deuxième orteil en totalité, et est couvert de plaques gangréneuses, au niveau des 1er, 3^{e} et 4^{e} orteils.

On décide immédiatement une sympathectomie lombaire, qui est pratiquée de chaque côté.

Sympathectomie lombaire droite, le 31 juillet.

Sympathectomie lombaire gauche, le 13 août.

Il y a une grosse amélioration progressive, et bientôt les ulcérations se ferment.

Le 20 août 1935, stellectomie droite. (Prof. Leriche). Une seule particularité : développement considérable des veines de la région. La thyroïdienne inférieure se rompt sous l'écarteur dès le début. Ligature des deux bouts. Ablation ganglionnaire, sans particularité.

Opération le 24 août 1935 : stellectomie gauche. (Prof. Leriche).

Toute la chaîne est en arrière de l'artère. Ablation sans difficulté.

Le 29 août, les ulcérations de la jambe sont parfaitement

guéries. La malade ne souffre plus ni des mains, ni des pieds. Elle quitte le service le 19 septembre 1935.

Elle est revue au courant de juin 1938 par le Professeur LERICHE.

L'état général est très bon. Il y a quelques taches violacées encore sur les jambes, mais il n'y a plus aucun trouble. Partout, les cicatrices sont bonnes, les crises d'asphyxie digitale ont considérablement diminué.

OBSERVATION XIII

Mme F... A. — Malade atteinte de Raynaud depuis 1931.

Opérée, en 1936 *: stellectomie droite — section des racines du nerf vertébral à gauche.*

Résultat au bout de 2 *ans : amélioration nette.*

Mme F... A. est admise le 23 avril 1936 à l'Hôpital.

Née en 1894, il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires. Mariée, elle a eu trois enfants bien portants. En 1934, on lui fit un traitement au radium pour métrite hémorragique.

Elle raconte ceci : Pour la première fois, au cours de l'hiver 1931, elle s'aperçoit du blémissement au froid de son index droit. Ce phénomène est bientôt suivi de douleurs. Petit à petit, les autres doigts se prennent à la main droite, puis à la main gauche.

Elle est traitée par un plâtre de l'index (?). Jusqu'en 1936, au cours de chaque hiver, les crises d'asphyxie digitale réapparaissent.

A l'admission, nous constatons que l'index droit est bleu et froid. La malade nous dit que le doigt est constamment

dans cet état. Les autres doigts de la main droite et gauche se prennent par crises.

Les oscillations sont prises le 24 avril 1936 :

	droit	gauche
	—	—
Bras, milieu		
T^e^ normale.....	7 1/2 à 9	7 1/2 à 9
bain froid.....	5 à 9	4 à 9
bain chaud.....	5 1/2 à 9	4 1/2 à 9
Avant-bras, milieu		
T^e^ normale.....	3 à 10	3 1/2 à 10
bain chaud.....	2 1/2 à 9	2 à 9
bain froid.....	1 à 9	3/4 à 9

On décide une stellectomie droite et gauche.

Opération, le 25 avril 1936 : stellectomie droite. (Prof. Fontaine). Opération schématique, sans aucun incident. Extirpation de l'étoilé, de l'intermédiaire et d'une partie du moyen.

Opération, le 29 avril 1936 : section des racines du nerf vertébral gauche, sans ablation ganglionnaire. (Prof. Fontaine). Opération schématique. Section des deux racines du nerf vertébral. Pas d'ablation ganglionnaire.

Immédiatement après les interventions, la malade ne souffre plus et a une impression de bien-être et de chaleur dans ses mains. Elle quitte le service le 6 mai 1936.

Elle est revue le 7 juin 1938. Après l'opération d'avril 1936, et jusqu'en août 1937, elle s'est trouvée très bien. A ce moment, pendant cinq ou six jours, les phénomènes d'asphyxie digitale reparaissent, plus atténués, puis disparaissent complètement.

Le 20 mai 1938, après être monté les escaliers, elle fait une sorte de syncope, perd connaissance quelques minutes Tous ses doigts sont violacés, puis tous ces troubles disparaissent à nouveau.

On reprend ses oscillations :

	droit	gauche
	—	—
Avant-bras		
T[e] normale.....	2 1/2 à 12	3 1/2 à 12
bain chaud.....	3 à 11	2 à 11
bain froid.....	1 1/2 à 13	1/2 à 11

OBSERVATION XIV

Mme L... M. — Syndrome de gangrène périphérique de la main droite survenant à 59 ans, étiquetée, à tort, maladie de Raynaud, et sclérodermie. En réalité, ulcération leucémique.

Echec d'une sympathectomie humérale. Ablation d'une aiguille dans le nerf cubital. Amputation de l'avant-bras. Gangrène du pouce gauche. Ablation de l'étoilé gauche. Mort ultérieure par leucémie.

Guérison de 6 mois du membre. — Succès pour la stellectomie.

Mme L... M., couturière, âgée de 51 ans, nous est adressée par le Dr Virtely, de Monbard (Côte-d'Or), pour une fonte nécrotique de la première phalange du pouce gauche, peu de temps après une amputation de l'avant-bras droit pour syndrome de Raynaud et sclérodermie, à Paris.

Son histoire est la suivante :

Rien de très particulier dans ses antécédents. Rougeole à 6 ans. Règles à 14 ans, toujours régulières, peu abondantes, douloureuses. Ménopause à 50 ans. En 1923, ablation d'un gros ganglion dans l'aisselle gauche, histologiquement bacillaire.

Début de la maladie qui l'amène, en août 1925, donc à 59 ans, par une petite ulcération à la base du petit doigt de la main droite. Bientôt, les autres doigts sont atteints, et en août 1926, la malade se fait hospitaliser à l'Hôpital Saint-Louis. Ses troubles trophiques furent étiquetés : sclérodermie. Sur ce diagnostic, en août 1926, on pratiqua une sympathectomie péri-humérale, qui ne fut suivie d'aucune amélioration : le 4 septembre, on fut obligé de désarticuler le 5^{e} doigt, et le 19 novembre le 4^{e}.

Au début de 1927, la malade est revue par M. CADENAT, qui fait radiographier la main : l'épreuve montre au niveau du poignet, sur la ligne cubitale, une petite aiguille dont la présence est ignorée de la malade. M. CADENAT l'extirpe le 8 février 1927, pensant que c'était peut-être là la cause des troubles trophiques. L'aiguille était dans le nerf. Le résultat fut nul. Et comme les troubles progressaient, paraissant exclusivement limités à la main droite, on les attribue à une lésion centrale et on fait une amputation de l'avant-bras. (Renseignements fournis par l'interne du D^{r} CADENAT).

Depuis plusieurs mois, la malade avait une lésion eczémateuse du pouce gauche, à peu près contemporaine de l'ulcération primitive du petit doigt droit. Peu à peu, en 1927, une ulcération s'y fit, qui progressivement devint une gangrène de toute la phalange terminale et d'une partie de la première. C'est pour cela que le D^{r} VIRTELY nous l'adresse. La malade nous raconte encore qu'elle a quelques fourmillements et engourdissements dans les 3^{e}, 4^{e} et 5^{e} orteils des deux pieds, mais qu'elle n'a aucun trouble vrai de ce côté. Elle marche beaucoup et sans peine. Elle a cependant un peu d'œdème des jambes des deux côtés. Son état général est bon. Cependant, elle aurait maigri de 20 kgs depuis le début de sa maladie. Elle a bon appétit, mange très régulièrement, n'a aucun trouble digestif.

Aspect des lésions : cet aspect est très singulier et ne nous rappelle rien de connu.

La main tout entière était de coloration normale, à peau un peu sèche, mais sans dermite, sans ulcération, sans

œdème. L'éminence thénar et le revêtement du 1er métacarpien étaient en parfait état. A la base du pouce, la peau normale aboutissait, presque sans transition, à une forte nécrose du pouce : la dernière phalange était réduite à un moignon osseux noir, informe, que l'on détacha sans effort, ce qui laissa une première phalange réduite à un os noirâtre, à peine habillé de tissus noirâtres, semi-liquéfiés, en lyse comme on en voit dans certaines plaies diabétiques. La lésion était extrêmement douloureuse, spontanément et au contact. On n'y apercevait ni vaisseaux, ni nerfs, et rien n'y saignait.

Devant une chose aussi insolite, l'examen fut fait très complètement.

Sur tout le reste du corps, on ne trouva rien d'anormal.

Le membre supérieur gauche (malade) était de partout normal : peau, muscles, articulations, réflexes, pouls battant bien à la radiale, normalement, et à l'humérale.

Le moignon de l'avant-bras est bien conformé : il a 10 centimètres de long. La cicatrice est souple, d'excellente qualité. Articulations et peau normales. Pouls huméral bien perçu.

Membre inférieur : rien de visible, sauf un peu d'œdème sus-malléolaire.

Examen viscéral négatif : rien à la palpation de l'abdomen, ni aux touchers. Poumons et cœur sans particularité.

Examen radiologique : poumons clairs — diaphragme très mobile — cœur avec ventricule gauche un peu agrandi, atteignant la ligne médiane. Aorte un peu trop prononcée et trop opaque (athéromatose au début).

Examen sanguin :

Globules rouges (4.210.000.
(4.740.000.
Globules blancs (4.000 avec 1 % de grands mono.
(4.200.
Prédominance des monocytes.
Hémoglobine (Sahli) 68.
Plaquettes ..... 139.000.

Viscsoité ..... 4,8 (Hess).
Temps de saignement normal.
Urée et glycémie normales.

Métabolisme basal :

Poids..... 47 kg. 5.
Taille..... 1 m. 65.
Age..... 61 ans.
Chiffre théorique.. 1.145 cal.
Chiffre trouvé..... 1.570 cal.
Augmentation .... 29 %.

Examen du système nerveux : aucune lésion. Simple nervosisme.

Réaction de Wassermann : négative.

Examen artériel : tension 13/8 (Vaquez). Oscillométrie : début à 15.

I. O. = 6 au poignet gauche.

Pour le membre inférieur : début à 24.

I. O. = 7.

Essai d'artériographie : le 8 novembre, injection de 1 cm^3 de lipiodol dans l'artère humérale au niveau du coude. Sur la plaque prise immédiatement, on ne voit que quelques traînées de lipiodol au bout du 2^e et du 5^e doigt.

Sur une seconde plaque, prise au bout de 20 minutes, il n'y a plus trace de lipiodol. La perméabilité paraît donc incomplète. L'injection a été douloureuse : immédiatement après l'injection, les doigts ont été froids et cyanosés. La malade a souffert toute la journée. Pendant les jours suivants, œdème de la main et de l'avant-bras ; main chaude ; sensation de torpeur dans les doigts. Ceux-ci restent chauds huit jours après l'injection, alors que les douleurs et l'engourdissement ont disparu.

Température locale de la main : 32°6,
— — — — : 34°4.

Examen radiographique : légère raréfaction du carpe, de la 2^e phalange du pouce et du 1er métacarpien.

Extension de la lésion du 3 novembre au 17 novembre.

La mortification progresse rapidement. La première phalange, simplement violacée et certainement vivante à l'arrivée, subit une fonte rapide, une lyse qui ne laisse subsister que l'os. L'extension se fait par soulèvement épidermique, rougeur, ulcération. Le moindre attouchement, le changement du pansement, éveillent de vives douleurs. Le 17, la mortification atteint la base du pouce.

Devant cette progression rapide, ce jour là, ablation du ganglion stellaire gauche, par l'incision antérieure habituelle, sous anesthésie locale. (Prof. Leriche).

Opération sans particularité. On termine en enlevant par torsion la phalange nécrosée et en abrasant le cartilage de revêtement du métatarsien.

L'examen histologique du ganglion montre un développement excessif de sa charpente conjonctive, et une surcharge pigmentaire des cellules ganglionnaires.

Suites postopératoires : dès le soir, disparition des douleurs. Main chaude. Examen oscillométrique montrant une réaction hyperhémique normale.

Le 20 : examen du sang d'un doigt :

Polynucléaires = 69 %.
Monocytes. .. = 14 %.
Mono moyens = 15 %.
Lymphocytes. = 1 %.
Eosinophiles.. = 2 %.
Tension artérielle : 13 (Vaquez).

Le 23 : urée sanguine 0,35 ; glycémie 1,68 %.

Le 25 : sous le pansement, on trouve un moignon bourgeonnant, n'ayant plus le moindre caractère d'ulcération extensive ; le tissu des granulations est d'excellente qualité.

L'examen histologique des tissus enlevés note des tissus gorgés de polynucléaires, avec des lésions d'artérite et de phlébite aiguës.

Le 5.XII, examen bactériologique des sécrétions du doigt : sans streptocoques, 3 à 6 par champ, dans un endroit où il y a un peu de tissu tendineux sphacelé.

Bain de liquide de Dakin.

Le 9 : plaie cliniquement stérile. Il n'y a plus qu'un ou deux microbes par champ.

Le 10 : greffes de Davies.

Le 18 : cicatrisation presque terminée.

Le 19 : fièvre. Légère bouffissure de la face. Léger œdème des membres inférieurs ; apparence d'état infectieux. Pas d'albumine, ni de sucre, ni de pigments biliaires.

Examen du sang : image un peu anormale, quelques myélocytes ; caillot rétractile.

Un examen nouveau de l'abdomen fait sentir la rate.

Le 20 : on demande à M. Van Caulaert de venir examiner la malade. Il fait le diagnostic de leucémie. Effectivement, il y a quelques ganglions axillaires.

Le 3 janvier : la malade étant complètement guérie au point de vue accidents nécrotiques et bien cicatrisée, on la transfère dans la clinique du Professeur L. Blum, pour traitement de radiothérapie éventuelle. M. Blum essaie de lui faire de l'insuline, sans grand résultat. Et dans le courant de janvier, la malade rentre chez elle, en bon état, sans le moindre reste d'accidents nécrotiques, mais ayant toujours une rate perceptible.

Le 4 avril : le Dr Virtely nous écrit que, malgré les traitements institués, elle vient de mourir de sa leucémie par syncope. Elle n'avait plus eu le moindre accident trophique, et son pouce était resté bien cicatrisé et indolore.

OBSERVATION XV

M. R.... D. — Troubles vasculaires des extrémités des mains datant de 5 mois.

Stellectomies droite et gauche.

Sympathectomie péri-humérale gauche.

Résultat au bout d'un an : pas d'amélioration. — Echec.

M. R... D. est admis, le 20 mars 1930, à la Clinique Chirurgicale A.

Né en 1887, on ne relève rien dans ses antécédents. Il raconte ceci :

En novembre 1929, au cours de son travail, il est obligé de lever une quarantaine de fois un poids de 75 livres. Le soir même, il constate que ses deux mains sont œdématiées, mais de température normale. Il cesse alors son travail, se fait masser, et l'œdème disparaît en dix jours.

Trois semaines après, il se remet à travailler. Mais, dès la reprise du travail, ses deux mains bleuissent et sont froides.

Il n'y a pas de douleur, mais une sensation de pesanteur. Au chaud, ces phénomènes rétrocèdent lentement, et les mains redeviennent peu à peu normales.

Progressivement, même à la chaleur, la cyanose demeure et remonte jusqu'aux avant-bras.

A l'examen, on constate une cyanose et un œdème des deux mains et du tiers inférieur des deux avant-bras. Ces phénomènes s'amplifient au froid.

Le malade ne peut fermer les poings complètement ; il subsiste un espace de 2 centimètres entre la pulpe des doigts et la paume de la main.

Une radiographie de la colonne cervicale écarte la possibilité d'une côte surnuméraire.

Malgré un B. W. négatif, on instaure un traitement de 12 piqûres au CyHg, sans aucune amélioration.

Les oscillations sont prises le 20 mars 1930 :

	droit	gauche
Bras :		
T° normale...	7 1/2 à 7	7 1/2 à 7
bain chaud....	2/12 à 9	
Avant-bras	1/4 à 9	1/4 à 9

Le Professeur Leriche décide d'intervenir. Opération

le 1er avril 1930 : ramisection cervicale et stellectomie gauche. (Prof. Leriche).

Incision à travers le sterno-cléido-mast., permettant de découvrir la partie moyenne de la chaîne. On trouve très facilement la branche antérieure du sympathique devant la thyroïdienne, qu'on coupe entre deux ligatures L'intermédiaire, volumineux, va de la branche antérieure jusqu'au devant de l'artère vertébrale, à peine séparé par 4 ou 5 mm. d'un volumineux étoilé entièrement rétro-artériel, et que l'on enlève assez facilement avec l'intermédiaire.

Le soir même, la main est chaude, et le malade peut complètement fermer le poing. La cyanose a disparu.

Le lendemain, les deux mains sont chaudes et de couleur normale. Mais la gauche est plus chaude et semble moins gonflée.

Le 6 avril 1930, comme les deux mains sont moins chaudes, on procède à une sympathectomie péri-humérale gauche.

Le 7 avril 1930, les deux mains sont de nouveau beaucoup plus chaudes, et le malade peut complètement fléchir les doigts. L'amélioration se maintient en particulier à gauche, les doigts reprennent un aspect normal.

Le 12 avril 1930, opération : stellectomie droite. (Prof. Leriche).

Incision intermusculaire. Gros intermédiaire, ablation de l'étoilé.

Le 19 avril, les deux mains ont un bon aspect ; elles sont rouges, chaudes, les doigts libres, pas de cyanose ni d'œdème.

Le 24 avril, le malade quitte le service.

Nous apprenons par le Docteur Muller, de Niederbronn, que le malade est décédé en février 1931, d'insuffisance cardiaque.

Il n'a été amélioré que très peu de temps, et rapidement une rechute l'avait ramené à son état primitif.

OBSERVATION XVI

M. L.... M. — Troubles circulatoires des mains et des pieds, remontant à 1917.

Opération, en 1932 *: stellectomies droite et gauche.*

Résultat, en 1934, *plus de* 2 *ans* 1/2 *après l'intervention : aucune amélioration. — Echec.*

M. L... M. est admis, le 5 janvier 1932, à la Clinique Chirurgicale A.

Né en 1873, il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires, ni collatéraux. C'est pendant l'hiver de 1917 qu'il présenta les premiers symptômes de son affection.

En effet, en même temps que ses doigts devenaient maladroits, il éprouva des douleurs, d'abord légères, puis plus vives à leur extrémité. Au bout de quelques semaines, il ne pouvait plus rouler ses cigarettes, tant avait diminué la souplesse de ses doigts.

Ceux-ci étaient devenus en même temps violacés et particulièrement douloureux au niveau de la pulpe.

Cet état l'avait fait évacuer sur le Val-de-Grâce, avec le diagnostic de mains gelées. Pendant son séjour à cet hôpital, les douleurs sont devenues plus vives, en même temps que survenait une sorte d'anesthésie de toute la main.

En 1918, des thérapeutiques aussi nombreuses que variées furent essayées : médications, agents physiques, etc.

Les douleurs demeurent très vives, survenant par accès paroxystiques surtout de nuit, à type de brûlures déclanchées ou exacerbées par le simple frôlement d'un drap.

A peu près au même moment, le malade commença à ressentir des douleurs dans les orteils.

En 1920, apparaissent de véritables troubles trophiques. Le médius gauche, violet, s'ulcère, se gangrène ; puis on est obligé de faire une désarticulation métacarpo-phalangienne, qui d'ailleurs se cicatrise assez rapidement.

En 1922, mêmes troubles au niveau du médius droit, dont on résèque les deux dernières phalanges.

En 1924, ablation du dernier orteil gauche, pour gangrène.

En 1926, ablation de l'auriculaire droit.

Depuis ce moment, les douleurs ont persisté à paroxysmes nocturnes très intenses et insupportables.

En novembre 1931, une sympathectomie péri-humérale n'a apporté aucune amélioration.

A l'admission, le malade se plaint toujours de ses douleurs extrêmement intenses. Il n'y a d'accalmie qu'en été.

Ces douleurs surviennent surtout la nuit. Elles sont à type de brûlures, donnant l'impression que les doigts éclatent. Elles ont mené le malade à l'emploi de la morphine (jusqu'à 22 cgr. par jour). Les oscillations prises aux bras, aux avant-bras et aux poignets, montrent une parfaite perméabilité vasculaire.

L'auscultation du cœur révèle une arythmie, et la radiographie une symphyse du péricarde, avec décompensation cardiaque.

Opération, le 9 janvier 1932 : ablation du ganglion moyen, intermédiaire et étoilé droits. (Prof. LERICHE).

L'opération a dû être menée sous anesthésie générale (rectale), en raison de l'état cardiaque du malade. Incision à travers le sterno-cléido-mastoïdien. Les veines sont plus dilatées qu'habituellement. On ne voit pas l'artère thyroïdienne, mais on découvre rapidement une vertébrale de calibre habituel. Devant celle-ci, se trouve un ganglion moyen allongé, un intermédiaire volumineux, avec des rameaux encerclant l'artère. L'étoilé n'est pas très gros, mais globuleux.

Ablation de toute la chaîne à partir du pôle supérieur du ganglion moyen.

Le 10 janvier, les douleurs dans les doigts sont beaucoup moins vives.

Le 15 janvier, il n'y a plus aucune douleur dans la main droite.

Le 18 janvier 1932, ablation du ganglion étoilé gauche. (Prof. LERICHE).

L'opération est conduite sous anesthésie à l'éther. On trouve la même disposition qu'à droite.

Ablation, sans incident, des ganglions moyen et étoilé.

Le 26 janvier 1932, le malade quitte la clinique, nettement amélioré.

Le 6 octobre 1939, nous recevons une lettre de sa femme, qui nous dit la mort de son mari survenue le 27 novembre 1934 ; l'opération n'a apporté aucun soulagement aux souffrances de son mari dans les mois qui suivirent l'opération, et que l'amélioration temporaire ne s'est pas maintenue.

OBSERVATION XVII

M. S... P. — Troubles circulatoires dans 3 doigts de la main droite, évoluant depuis 3 mois.

Opéré, en 1926 : stellectomie droite.

Résultat de 3 ans : guérison. — Succès.

M. S... P., né en 1882, est admis, le 9 juillet 1936, à la Clinique Chirurgicale A. Il raconte ceci :

En avril 1936, tout son index droit s'est mis à être douloureux. Il est devenu bleu et même blanc par moments. En mai, c'est la phalangette de l'annulaire et du médius droits, qui se prennent. Mais l'index surtout est touché. La pulpe en demeure toute bleue. Elle fait très mal au moindre

contact. Cette douleur oblige S. à porter un pansement continu. C'est la seule façon qu'il a de n'avoir pas mal.

A l'examen :

L'index, le médius et l'annulaire de la main droite sont cyanotiques. L'index est le plus touché, bleu presque jusqu'à la racine du doigt ; la phalangette est violacée. A l'annulaire et au médius, la phalangette seule est cyanotique.

La main gauche, les pieds sont indemnes.

M. S... est opéré le 15 juillet 1936. (Prof. Leriche) : stellectomie droite, sans particularité.

Le soir même, le malade ressent au niveau de ses trois doigts atteints un réchauffement très net.

Il guérit bien sa plaie et quitte très satisfait la clinique le 22 juillet 1936.

Nous le revoyons le 16 juillet 1939 :

Il est très content et se considère comme guéri. Il travaille comme autrefois. Il est serrurier de métier. De temps à autre, il ressent, après un long travail, un peu de fatigue dans son bras droit.

Il n'a plus de douleurs dans les doigts, mais de temps à autre, par temps très froid, ses doigts de la main droite qui étaient atteints, deviennent encore bleus ou même blancs.

Il note encore qu'il y a une sensation très nette de l'hémi-face droite, s'arrêtant à la ligne médiane. Il y a un ptosis de la paupière supérieure droite et un myosis droit. Le ptosis est, au dire du malade, très variable avec les jours.

Pas de larmoiement.

Sa tension est de 14/10 au Vaquez. Ses oscillations sont les suivantes :

		droit	gauche
		—	—
Bras, milieu..... :	I. O.	7 à 12	7 à 12
Avant-bras, 1/3 supérieur :	—	7 à 12	5 à 12
Avant-bras, 1/3 inférieur :	—	3,5 à 12	6 à 12

CHAPITRE II

Sclérodermies

Faisant suite au chapitre des troubles vaso-moteurs et circulatoires, nous réunissons, sous le titre de sclérodermies, 13 cas de malades dont nous connaissons l'évolution.

Certains de ces cas se rapprochent dans leur symptomatologie de la maladie de Raynaud. Les observations XX, XXI et XXIX sont, à ce titre, tout à fait typique. Sur ces trois malades, nous relevons un échec et 2 succès. Les autres observations se rappprtent à des malades atteints soit de sclérodermie généralisée, soit de sclérodermie en plaques. Dans ces divers cas, le début clinique n'est pas aussi intimement lié à un trouble vaso-moteur patent que pour les observations XX, XXI et XXIX.

Il est toutefois incontestable que les phénomènes circulatoires sont un des facteurs prépondérants dans la pathogénie et dans le mécanisme intime du processus. Les modifications osseuses, les dépôts calcaires, les transformations articulaires, les altérations cutanées sont, dans tous ces cas, liés à des modifications des courbes oscillométriques.

Huit de ces malades ont été améliorés ou guéris par l'ablation de l'étoilé, deux n'en ont pas tiré profit.

OBSERVATION XVIII

Mme St... A. — Sclérodermie remontant à 20 ans. Stellectomie droite et sympathectomie péri-fémorale. Résultat de 14 ans : guérison.

Mme St. A., 54 ans, entre à la Clinique Chirurgicale A le 3 juin 1925.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont morts très âgés : son père à 85 et sa mère à 78 ans, sans jamais avoir été sérieusement malades.

Elle a deux frères et deux sœurs qui, tous les quatre, sont en excellente santé.

Son mari est mort à 65 ans d'un cancer du foie ; la malade a eu six enfants, dont trois sont morts, l'un à 3 ans, de diphtérie, un autre, à 8 ans, d'une otite moyenne, et un troisième fils a été tué à la guerre.

Antécédents personnels. — Elle-même a toujours joui d'une excellente santé et, sauf une rougeole, elle n'a jamais été malade.

Ses premières règles sont survenues à 13 ans 1/2 ; elles furent toujours régulières, peu abondantes et non douloureuses.

La ménopause s'est installée en janvier 1925, et ne fut accompagnée d'aucun malaise.

Maladie actuelle. — Son début remonte à très loin, à plus de vingt ans probablement. Depuis ce temps, en effet, la malade souffre, chaque hiver, de sensations de froid très pénibles au niveau des deux pieds et des deux mains. Depuis cette époque également, elle présente des taches bleuâtres au niveau de la face externe de la cuisse gauche, taches qu'elle attribuait à des varicosités superficielles consécutives à ses nombreuses couches.

En même temps, elle souffrait de douleurs vagues et lancinantes dans les deux mollets, chaque fois qu'elle était obligée de rester debout pendant un certain temps. Elle se croyait atteinte de rhumatismes.

Mais tous ces symptômes ne prennent une proportion vraiment importante qu'en novembre 1923. La malade remarque, pour la première fois, sur la face interne du genou gauche, une assez grande plaque rouge vif, de la dimension d'une pièce de 5 francs. Peu à peu, à l'endroit même de la plaque, la peau durcit, devient squameuse et scléreuse. Cette plaque reste ainsi sans changement, sans augmenter ni diminuer, pendant près d'un an. Ce n'est qu'en août 1924 qu'elle se met à grandir et qu'une nouvelle plaque apparaît sur la malléole interne du pied gauche. Au début, cette plaque était, elle ausi, simplement rouge et luisante, mais nullement indurée, non douloureuse au toucher et non adhérente aux plans profonds.

Peu à peu, d'autres petites taches apparaissent entre cette première supérieure et la seconde inférieure, ces nouvelle taches se mettant bientôt à confluer pour ne former finalement qu'une seule large bande rouge qui prendra toute la face interne de la jambe gauche.

Mais si, jusqu'ici, la malade n'avait jamais ressenti la moindre douleur, ni même la moindre sensation désagréable, il en fut autrement à partir de novembre 1924, où toutes ces plaques commencèrent à devenir dures, blanchâtres, squameuses, adhérentes en profondeur et très douloureuses au toucher.

Des douleurs spontanées, sous forme de sensations de piqûres, de constriction, et sous forme de crampes souvent très violentes, complétaient encore ces douleurs provoquées, déjà très pénibles.

Les douleurs apparaissaient surtout le soir, dès que la malade se couchait ; elles devenaient rapidement très violentes au lit et s'exagéraient au point que la malade ne pouvait dormir la plupart du temps.

A partir de novembre 1924, l'extension du mal se fit

très vite : après la face interne de la jambe gauche, la face dorsale du même pied se prit.

En mars 1925, ce fut le tour du pied droit ; entre temps, la main droite aussi était devenue bleuâtre. Elle enflait souvent, et la peau de la face dorsale s'était amincie. Les doigts perdaient de leur souplesse, et bientôt des plaques rouges, dures, adhérentes et finement squameuses, en tout semblables à celles de la jambe gauche, firent leur apparition sur la face dorsale du coude et dans la région deltoïdienne.

A peu près en même temps, la malade commençait à être gênée lorsqu'elle riait ou qu'elle ouvrait la bouche pour manger : elle avait l'impression que sa peau était trop tendue, se rapetissait et devenait peu à peu trop étroite comme un fourreau trop serré.

Pour toutes ces raisons, elle se décida enfin, en juin 1925, à venir consulter à la clinique dermatologique, où M. le Professeur Pautrier porta le diagnostic de sclérodermie en plaques et l'adressa au Prof. Leriche en vue d'une intervention sur le sympathique.

Etat en juin 1925. — Il s'agit d'une femme de 56 ans, de forte stature et assez obèse, ne présentant aucun trouble de l'état général.

Tous les organes sont en parfait état ; les urines ne contiennent rien d'anormal.

Au niveau de la face antéro-interne du pied et de la jambe gauche, on constate l'existence de plaques rouges, violacées et luisantes, nullement adhérentes en profondeur et non indurées. Ces plaques varient comme grandeur de celle d'une pièce de 5 francs à une petite paume de main.

Sur la face dorsale du pied, au niveau de la malléole interne et autour du genou, par contre, on constate d'autres plaques rouges, qui, elles, sont indurées, adhérentes en profondeur, squameuses et douloureuses à la palpation ; celles-ci, en plus, gênent la marche. Des plaques tout à fait analogues comme caractère et comme grandeur existent sur la face dorsale du pied droit et sur la face postérieure du coude droit et au niveau de la région deltoïdienne droite.

La main droite, elle, est gonflée, un peu violacée et la peau, du côté dorsal, est luisante et nettement amincie. Les mouvements des doigts, tout en ayant leur amplitude normale, sont bien moins libres que normalement : la malade garde constamment une sensation de constriction et de serrement.

Au niveau de la face, sans qu'on puisse parler de véritable sclérodermie, il est évident toutefois que la peau n'a pas sa souplesse normale.

Voici les températures cutanées relevées :

	à droite	à gauche
	—	—
Face dorsale de la main.....	31°	30,3°
Face palmaire —	31,1°	33,5°
Région deltoïdienne.....	32,7°	31,5°
Face dorsale du pied.....	28,9°	28,5°
Cuisse	31,5°	33,5°
Flanc	35°	35,5°

Les lésions du membre supérieur droit paraissent évoluer rapidement. Le Prof. LERICHE décide d'intervenir d'abord de ce côté.

L'opération eut lieu le 5 juin 1925 sous anesthésie locale. Par une incision cervicale inférieure entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, on découvrit, après section du sterno-cléido-mastoïdien, l'artère thyroïdienne inférieure qui siégeait très bas ; la sous-clavière, par contre, décrivait un arc très prononcé, faisant fortement saillie au-dessus de la clavicule. La découverte des branches antérieures du sympathique fut facile ; par contre, celle des rameaux profonds fut bien plus délicate : de nombreux filets contournant l'artère sous-clavière entremêlés avec des branches artérielles, et il fut nécessaire de couper entre deux ligatures l'artère cervicale transverse pour pouvoir succéder en profondeur.

La ligature de cette artère amena, au moment du serrage, la déchirure partielle de la thyroïdienne inférieure très scléreuse, de sorte que ce vaisseau dût lui aussi être lié.

Enfin, après de très grandes difficultés dues à la petite encolure de cette malade assez obèse et à la brièveté de tous les pédicules nerveux, on arriva à isoler l'artère vertébrale derrière laquelle on trouva le ganglion étoilé sous forme d'une masse ganglionnaire complètement incluse dans un tissu de sclérose ; les rameaux externes, de ce côté, furent complètement sectionnés, ce qui permet de faire remonter le ganglion, on sectionna également l'anse de Vieussens, puis on préleva une partie du ganglion pour voir histologiquement si la sclérose de voisinage, et qui macroscopiquement allait jusqu'au ganglion, se propageait également à l'intérieur même du ganglion.

Voici à ce sujet la note remise par M. le Professeur Masson : « Dans le fragment prélevé, on trouve de nombreuses cellules ganglionnaires en dégénérescence ; quelques-unes sont phagocytées ; il existe une infiltration de cellules rondes autour des capillaires et de petits nodules inflammatoires où des cellules rondes sont disséminées dans le ganglion. »

Le soir de l'opération, on constata un léger myosis et une enophtalmie à droite ; le bras droit était nettement plus chaud que le gauche.

Le 10 juin au soir, l'hyperthermie du bras droit est toujours nette : les plaques n'ont pas montré de changement jusqu'ici, mais les mouvements des lèvres sont devenus plus libres et les doigts remuent un peu plus facilement.

La malade quitta la clinique le 15 juin, elle revint le 22 juin. A ce moment, les plaques ne montraient aucun changement objectif ; subjectivement, elle éprouvait moins de tension au niveau de la peau de la face et surtout au niveau des doigts.

Le 24 juin, on procéda alors, toujours sous anesthésie locale, à une sympathectomie péri-fémorale ; celle-ci fut particulièrement difficile, la sclérose n'intéressant non seulement la peau, mais aussi les tissus sous-jacents, y compris l'adventice, dont la décortication fut très pénible ; elle fut réalisée sur 4-5 cm. environ.

Les deux plaies opératoires guérirent dans les délais normaux.

Dix jours plus tard, la malade quitta le service ; à sa sortie, voici ce que nous avons constaté :

Aucun changement objectif dans l'état des plaques de sclérodermie ; subjectivement, la malade éprouve une sensation de chaud qui lui est très agréable au niveau du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche où, tout particulièrement, les sensations de picotements et de constriction ont disparu.

Les mouvements des doigts sont certainement plus souples qu'auparavant ; la sensation de tension au niveau de la face a cessé.

La disparition des douleurs lui a ramené le sommeil, et la malade s'en montre tout particulièrement reconnaissante.

Depuis sa sortie, elle n'a été revue qu'une seule fois, le 17 juillet 1926, soit 13 mois exactement après les deux interventions.

A ce moment encore, on constata qu'aucune des plaques indurées, ni qu'aucune des plaques simplement rouges n'avait disparu ; aucune non plus ne semblait avoir évolué ; on a l'impression que le processus est donc arrêté.

Subjectivement, la malade se dit très améliorée dans son état, elle ne souffre plus ou presque plus, elle n'accuse de légères douleurs que lorsqu'une plaque desquame et qu'une nouvelle petite peau se forme, sans cela elle peut faire des marches même considérables sans trop souffrir.

Les mouvements des doigts sont normaux, la malade s'en sert comme avant sa maladie ; la main n'est plus froide ; les deux semblent avoir la même température l'une que l'autre.

Depuis l'opération, elle a retrouvé son sommeil.

T. A. à l'avant-bras avec manchette et appareil de Pachon :

	à droite	à gauche
	—	—
Mx	22	22
Mn	3	9
I. O.....	4 1/2	3 1/2

Nous la revoyons le 19 mai 1939. Elle est en parfaite santé et se trouve très bien.

La peau est parfaitement souple au niveau du coude droit et de la face dorsale de la main — peut-être un peu plus lâche et un peu plus fine que normalement — légèrement cyanotique.

A la face dorsale de la main droite, la peau est également souple et fine et légèrement cyanotique.

Les mouvements de flexion et d'extension des doigts qui, en 1925, étaient gênés, ne sont plus limités ; la main qui, à cette époque, était rigide dans tous ses mouvements, est devenue une main parfaitement déliée et légère. La malade bouge aussi bien, sinon mieux, la main droite que la main gauche.

La face interne du genou gauche a une peau souple, peu colorée, un peu amincie.

A la face interne de la malléole gauche et à la face dorsale du pied gauche, deux plages de peau extrêmement sèche, squameuse, que l'on prendrait volontiers pour des cicatrices d'ulcères.

La malade affirme qu'il n'y a jamais eu de plaie et que, depuis l'opération, ces lésions ont considérablement diminué d'importance.

En dehors de ces faits, elle nous raconte que, lorsqu'elle a une émotion, la vaso-dilatation de l'hémi-face droite est plus intense que celle de l'hémi-face gauche. Quand elle s'enrhume, sa narine gauche est plus bouchée et coule plus que la droite. Enfin, la sudation est exactement une sudation de l'hémi-face droite.

Elle a un syndrome de Claude-Bernard très net à droite. Aucune douleur, aucune autre modification depuis l'intervention. Sa tension artérielle est de 25/13.

Nous reprenons ses oscillations, elles sont excellentes :

		droit	gauche
Bras.....	: I. O.	9,5 à 20	5,5 à 20
Avant-bras, 1/3 sup.	: I. O.	7,5 à 20	6 à 20
— — , 1/3 inf.	: I. O.	6 à 20	4,5 à 17

Nous refaisons une radiographie du coude droit pour comparer avec celle de 1925 que nous possédons. Le gros dépôt calcaire sus-olécranien et les petits dépôts qui entourent la diaphyse cubitale, en son milieu, ont complètement disparu.

OBSERVATION XIX

Mlle Sto... — Sclérodermie de 13 *ans.*

1924, *sympathectomie péri-humérale bilatérale.*

1925, *ablation du ganglion cervical supérieur et du stellaire droit.*

Décès en 1937.

Pendant 10 *ans : grosse amélioration.*

Rechute de 1935 *à* 1937.

Mlle Sto..., âgée de 56 ans, fut adressée à la Clinique Chirurgicale A le 4 décembre 1924 par la Clinique Médicale A (Prof. Merklen). Voici les renseignements que voulurent bien communiquer, à cette occasion, MM. Wolf et Vallette, qui avaient observé la malade pendant plusieurs mois.

Mlle St... entra à la Clinique Médicale A. en juillet 1924. Ses antécédents, tant héréditaires que personnels, ne comportent aucune circonstance digne de retenir l'attention, si ce n'est qu'elle ne fut réglée qu'à 17 ans. Les premiers symptômes de sa maladie se manifestèrent à l'occasion de la ménopause ; en 1921, en effet, la malade étant alors âgée de 42 ans, des troubles scléro-dermiques apparurent. Très frustes au début, ils furent caractérisés par des douleurs à l'index droit, que la malade comparaît à des piqûres d'aiguilles,

puis par une gêne et une sensation pénible de tension dans les autres doigts. La malade fut examinée, à plusieurs reprises, dès cette époque, et plusieurs médecins consultés, sans affirmer un diagnostic qui ne pouvait être qu'hésitant, envisagèrent l'hypothèse d'une maladie de Raynaud. Mais peu à peu, les phalangettes perdirent leur souplesse : elles s'effilèrent, tandis qu'à leur niveau, les téguments changeaient d'aspect et devenaient durs et lisses.

En 1923, soit deux ans après l'apparition des premiers troubles, la sclérodactylie s'était généralisée à l'extémité de tous les doigts des deux mains. A la même époque, une sensation de rigidité et de tension s'installa au niveau du visage et du cou : les téguments prirent les caractères objectifs de la sclérodermie ; des douleurs passagères à type de piqûres existèrent pendant quelque temps au niveau du nez ; elles disparurent dans la suite, mais la sclérodemie du cou et de la face ne fit qu'augmenter. Ensuite, des phénomènes d'un autre ordre vinrent encore compliquer le tableau clinique : des concrétions calcaires, de volume variable, mais ne dépassant jamais la taille d'un gros pois, apparurent sous forme de saillies blanches, dures comme de l'ivoire, visibles sous la peau amincie et transparente qu'elles soulevaient un peu partout, laissant échapper parfois une substance crayeuse. La première de ces concrétions se présenta comme un abcès superficiel développé au-dessus de l'olécrane ; au niveau du coude gauche, la réaction inflammatoire s'étendait à tout l'avant-bras ; après quelques jours, une bouillie de matières blanchâtres crayeuses s'en échappa, et une fistule s'ensuivit qui mit longtemps à se fermer.

D'autres concrétions apparurent vers la même époque aux extrémités des doigts où, l'une après l'autre, de petites nodosités de la taille d'une tête d'épingle, à un grain de mil, s'ouvrirent pour éliminer leur contenu crayeux par un orifice très étroit, presque punctiforme, qui, après guérison, laissait une petite dépression étoilée.

Un traitement par l'extrait thyroïdien et l'iodure de K n'amena qu'une légère sédation des symptômes subjectifs, et

la marche progressive de l'affection se poursuivit régulièrement. Des concrétions calcaires continuèrent à apparaître sur tous les membres ; elles envahirent les bras ; déterminant, aux genoux, des accidents inflammatoires analogues à ceux du coude, elles essaimèrent finalement dans les jambes et jusqu'aux orteils, tout en marquant toujours une prédisposition très nette pour les plans d'extension des membres et la pulpe des doigts et des orteils. Les dépôts calcaires restaient torpides et indolores, et seul le froid les rendait douloureux.

Enfin, en dernier lieu, des picotements à la plante des pieds, accompagnés d'engourdissement, incommodèrent fortement la malade en lui donnant la sensation de marcher sur des aiguilles.

Lorsqu'elle entra à la Clinique médicale A, la sclérodermie et la sclérodactylie étaient évidentes au premier coup d'œil. Des zones sclérodermiques existaient à la face et au cou. Le tronc en était exempt. La sclérodactylie était extrêmement prononcée et les membres présentaient des zones sillonnées par des concrétions calcaires. Les viscères ne montraient pas d'altérations pathologiques importantes ; seul le système circulatoire était légèrement modifié ; une insuffisance mitrale, complètement compensée, ne provoquait aucun trouble fonctionnel. La circulation superficielle était entravée dans les régions sclérodermisées : à ce niveau, en effet, la stase passive, provoquée normalement par une ligature près de la racine du membre, ne se produisait pas, et des plages blanches se détachaient sur la teinte violacée des territoires sains voisins.

La T. A. était normale.

Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité d'aucune sorte.

Le R. O. C. indiquait, par son exagération, un certain degré de déséquilibre sympathique avec prédominance du tonus vagal, car on notait une chute du nombre des pulsations de 84 à 65 après la compression des globes oculaires.

Cette malade était donc atteinte de sclérodermie, compliquée de goutte calcaire. L'analyse chimique d'un des dépôts montra qu'ils contenaient du phosphate de chaux à l'état de pureté (Fontès). Très opaques aux rayons X, ces concrétions se voyaient très bien sur les radiographies. Elles paraissaient indépendantes de l'os. Elles étaient cependant, comme le révéla la biopsie (Prof. Masson), en relation avec le périoste par de fines travées calcaires, mais le périoste restait intact après râclage de sa surface et ablation des tophi.

Ayant en vain épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, le Prof. Merklen fit transférer cette malade en vue d'une intervention sur le sympathique.

Examinée le 4 décembre 1924, il parut évident qu'une sympathectomie péri-artérielle serait insuffisante pour des lésions d'une pareille étendue qui, débordant les membres supérieurs, s'étendaient au thorax, au cou et à toute la face. Cette intervention fut pourtant pratiquée, remettant à une séance ultérieure une opération sur la chaîne sympathique elle-même, au cas où les premiers résultats acquis seraient favorables.

Première opération. — Le 5 décembre 1924, sous anesthésie locale, M. le Prof. Leriche pratiqua, en une seule séance, une sympathectomie péri-humérale des deux côtés. Les deux artères se contractèrent bien.

A la fin de l'opération, les oscillations avaient disparu aux deux avant-bras.

Le même soir, les deux mains étaient devenues très chaudes l'une et l'autre. Cette hyperthermie fut encore bien plus accusée le lendemain et les jours suivants.

Cette sensation de chaleur surprit beaucoup la malade qui avait toujours jusqu'ici les mains froides. En même temps, elle constatait une amélioration certaine dans la motilité de ses doigts. Les deux dernières phalanges de tous les doigts étaient depuis longtemps immobilisées en légère flexion à 150° environ sans que l'extension complète fût possible ; en plus, la malade sentait très mal les objets un peu

fins ; elle ne pouvait plus coudre. Après la double sympathectomie, les mouvements redevinrent plus habiles et plus souples. L'extension revint presque à la normale. Le tact aussi redevint plus subtil, et lorsque la malade fut retransférée à la Clinique Médicale A, le 13 décembre 1924, il était manifeste que la peau de la face dorsale des deux mains s'était notablement transformée. On arrivait bien plus aisément à la soulever des plans profonds et à la plisser.

Ces résultats pouvaient donc être considérés comme tout à fait encourageants.

Voici comment évolua la tension artérielle pendant les quelques jours que la malade séjourna à la clinique.

Tension artérielle (enregistrée à l'aide de l'appareil de Pachon avec la manchette ordinaire au tiers inférieur de l'avant-bras) :

Date	Côté droit			Côté gauche		
	Mx.	Mn.	I. O.	Mx.	Mn.	I. O.
4.12.1924 (avant l'opération)	13	6	3 1/2	12	6	3
5 — — (9 h. après l'opér.)	10	7	2	10	6	2
7 — —	10	8	1 1/4	9	7	2
12 — —	12	8	1 1/2	10	8	1
13 — —	11	9	1	11	8	1 1/2

Cette notable amélioration s'était encore accentuée lorsque la malade revint en avril 1925.

La formation de tophi calcaires n'avait pas été influencée par l'intervention.

Dans l'espoir d'obtenir un meilleur résultat encore, une deuxième intervention fut tentée le 18 avril 1925.

Deuxième opération par M. le Prof. Leriche. — Elle fut commencée sous anesthésie locale et terminée sous anesthésie générale à l'éther. On procéda d'abord, par une incision rétro-sterno-cléido-mastoïdienne, à l'**extirpation du ganglion cervical supérieur droit.** Une adhérence très forte au pneumogastrique obligea à laisser en place la partie toute supérieure de ce ganglion.

A ce moment, la malade ayant manifesté quelques signes d'impatience, on continua, du côté opposé, sous anesthésie générale à l'éther. Afin de sérier les faits, on décida de se limiter, de ce côté, à la **section des rameaux communicants cervicaux inférieurs,** et on aborda cette partie de la chaîne cervicale en passant entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. En avant de l'artère thyroïdienne inférieure, on trouva une branche très grêle du sympathique aboutissant au ganglion intermédiaire qui se trouvait directement en avant, accolé à l'artère vertébrale. Après avoir lié et sectionné entre deux ligatures une artère cervicale ascendante très volumineuse, on put facilement écarter l'artère vertébrale pour voir, en arrière d'elle, le ganglion étoilé, dont on put nettement isoler les rameaux communicants. Ils furent coupés sous le contrôle direct de la vue, l'un après l'autre, ainsi que les racines du nerf vertébral.

L'examen histologique du ganglion cervical supérieur droit, prélevé lors de l'opération, montra à M. le Prof. Masson qu'il était composé de gros cordons nerveux à fibres surtout myéliniques avec, de loin en loin, de petits groupes de cellules ganglionnaires volumineuses, sans traces d'inflammation nulle part.

Le soir de cette intervention, les deux globes oculaires paraissaient enfoncés et la fente palbébrale diminuée des deux côtés, mais le syndrome de Claude Bernard-Horner était certainement plus accusé du côté gauche (côté des rameaux) que du côté droit (côté du ganglion cervical supérieur).

C'est ainsi que le Dr Jost, Chef de Clinique Ophtalmologique, constata le jour qui suivit l'opération :

	Côté droit (côté du g. cerv. sup.)	Côté gauche (côté des rameaux)
Hauteur maxima de la fente palpébrale :	11 mm.	9 mm.
Dimensions pupillaires :	2-2,5 mm.	2,5-3 mm.

Cette différence s'accentua encore les jours suivants.

La malade se plaignait également d'une sensation désagréable au niveau du pharynx et du larynx. Un examen laryngoscopique, fait le cinquième jour après l'opération, par M. le Dr Canuyt, montra une vaso-dilatation du voile du palais, de la région des piliers, de l'épiglotte et des bandes ventriculaires et, en plus, une paralysie de la corde vocale droite, paralysie qui s'explique peut-être par les efforts de libération du pneumogastrique au cours de l'intervention.

L'intervention fut suivie, dès le premier soir, d'une vaso-dilatation intéressant les deux membres supérieurs et toute la face.

Voici les températures cutanées relevées :

	Côté droit	Côté gauche
le 20.4.25 :		
Face dorsale de la main :	33°,3	34°,5
— — — joue :	35°,9	36°,3
le 23.4.25 :		
Face dorsale de la main :	30°,4	32°,1
— — — joue :	33°,5	33°,7

L'hyperthermie fut donc plus forte du côté de la ramisection cervicale inférieure que du côté de l'ablation du ganglion cervical supérieur.

Voici, d'autre part, les modifications de la tension artérielle : la tension fut enregistrée Mx et Mn au bras d'après Kiva-Rocci, méthode auscultatoire, I. O. à l'avant-bras avec l'appareil et la manchette de Pachon.

Date	Côté droit			Côté gauche		
	Mx	Mn	I. O.	Mx	Mn	I. O.
Le 18.4 :	10	5	1	9	5	1/2
» 19 » :	8	5	3/4	10	6	2 1/2
» 20 » :	10	6 1/2	1 1/2	10 1/2	7	2 1/4
» 21 » :	10	7 1/2	1 1/2	10 1/2	6 1/2	2 1/4
» 22 » :	10	5 1/2	1	10 1/2	6	2 1/2
» 24 » :	8	4	1	10	5 1/2	2
» 26 » :	10	5 1/2	1/4	8	4 1/2	1/4
» 28 » :	9	4	1 1/2	8	4 1/2	1
» 30 » :	8 1/2	5	1/4	8	5	1/4

Ces chiffres montrent que la double intervention entraîne une vaso-dilatation avec hyperthermie de la face et des membres supérieurs, et que cette hyperthermie fut bien plus forte à gauche qu'à droite.

Quelle en fut la conséquence au point de vue des lésions sclérodermiques ?

Il y eut une amélioration certaine. Elle parut évidente dès le lendemain ; dans les jours qui suivirent l'intervention, on constata un assouplissement progressif de la peau qui bientôt put à nouveau être plissée. La malade perdit vite l'aspect figé de la face, et rapidement elle se déclara moins gênée pour rire et pour ouvrir et fermer la bouche ; quelques rides commencèrent à réapparaître.

Lors d'une présentation à la **Réunion dermatologique de Strasbourg,** le 10 mai 1925, soit quatre semaines après l'intervention, on put ainsi conclure à une très grande amélioration. Certes, les tophi calcaires n'avaient pas été influencés et la malade continuait comme avant à en éliminer de temps en temps ; de même, du côté des extrémités digitales, la peau restait dure presque comme de la pierre. Mais les doigts avaient repris leur souplesse et retrouvé une certaine finesse de mouvements ; depuis plusieurs jours, et, dans son lit même, la malade s'était remise à des travaux de couture qu'elle ne pouvait plus faire depuis des mois.

D'autre part, à voir sa figure, il était évident qu'un grand changement avait été obtenu.

Depuis ce moment, la malade fut fréquemment revue, la dernière fois fin février 1927, soit vingt-six mois après la première et plus d'un an et demi après la seconde opération. Non seulement l'amélioration déjà signalée s'est maintenue, mais elle s'est lentement et régulièrement accentuée.

L'évolution du processus sclérodermique semble arrêté : La face a repris un aspect sensiblement normal et ne ressemble plus du tout au masque figé et immuable auquel on reconnaît, du premier coup d'œil, les malades atteints de cette maladie.

La malade n'est plus du tout gênée dans les mouvements de ses lèvres, ni dans les autres mouvements mimiques.

La mobilité des doigts est parfaite, la sensibilité des extrémités digitales est bonne. La malade peut faire des travaux fins de couture.

Par contre, la goutte calcaire n'a pas été modifiée ; la formation, l'évolution et l'élimination des tophi se font comme autrefois.

Mlle Sto... est décédée le 2 décembre 1937 et nous ne l'avions pas revue depuis 1927. Nous avons pu avoir des renseignements grâce à l'amabilité du Dr Thuet, d'Ensisheim, qui a suivi la malade pendant les dernières années de sa vie.

L'amélioration s'est maintenue jusqu'en 1935. A cette époque, la malade commença des troubles de défaillance cardiaque. A partir de ce moment, elle mangea peu, s'amaigrit et s'affaiblit progressivement.

Et pendant ses deux dernières années, la sclérodermie sembla à nouveau progresser.

Elle mourut en collapsus cardiaque le 2 décembre 1937.

OBSERVATION XX

M. R... P. — Maladie de Raynaud — sclérodermie remontant à 12 ans.

Opéré en 1929 : stellectomie droite.

Revu après 10 ans : évolution progressive de la sclérodermie. — Echec.

M. R... P. est admis, le 30 avril 1929, à la Clinique Chirurgicale A, pour troubles vaso-moteurs des mains.

Dans ses antécédents, nous ne relevons rien de particulier.

Il raconte ceci : Depuis 1914, il présentait des rhumatismes diffus dans tout l'organisme qui l'avaient amené à faire une cure thermale. Il fait ensuite la guerre de 1914-1918 comme cycliste.

En 1915, il ressent, pour la première fois, des douleurs dans les doigts. Les doigts deviennent alternativement blancs, puis bleus, par temps froid. Il ne se soigne pas.

Il continue ainsi, pendant les années 1916 et 17, ayant, au cours de chaque hiver, ces crises d'asphyxie digitale.

En 1919, il constate que la peau se resserre au niveau de la pulpe des doigts. Elle était jusqu'alors souple et fine. Elle devient épaisse et dure. Les ongles changent, deviennent cassants et prennent des stries : l'hiver de 1919 est particulièrement pénible. Et tout ceci va évoluer lentement, entrecoupé de période d'amélioration jusqu'en 1927. Cette année-là, on lui fait, à Epinal, une sympathectomie péri-humérale droite. Il n'y a aucun effet remarquable, si bien qu'en 1928, il se décide à se faire admettre à la Clinique Chirurgicale A.

Il est admis le 30 avril 1929.

C'est un homme de constitution robuste, de 42 ans.

Membre supérieur droit. — La peau de la main est dure, infiltrée ; elle ne se laisse pas plisser. La flexion du poignet est de 45°. L'extension des doigts est incomplète, de même que la flexion des dernières phalanges sur la première. Les ongles sont incurvés, striés, durs, cassants. L'extrémité des doigts est effilée. Sur la face dorsale de la phalangette de l'index, de nombreux épis durs, cornés.

La force de la main est conservée.

La couleur de la peau est normale, rosée.

Membre supérieur gauche. — Les lésions sont les mêmes qu'à droite. La radiale est facilement palpable.

Téguments. — La peau de la face est dure, infiltrée ; elle se laisse difficilement plisser.

Sur la face antérieure des cuisses et sur les flancs, il y

a des zones pigmentaires. La peau du thorax et de la face antérieure des cuisses est dure et infiltrée.

La sensibilité des doigts est conservée. Le moindre contact du bout des doigts avec les objets est douloureux.

Examen oscillométrique du 30 avril 1929 :

T. A. au Vaquez : bras gauche 105/65.

I. O. 4 à 10 au 1/3 inférieur, avant-bras gauche ;

I. O. 4,5 à 9 au — — , — — droit.

Après bain froid de 5 minutes dans l'eau à 0°, la main est toute bleutée et froide. La main droite étant seule immergée pendant le temps d'immersion, la main gauche est aussi bleutée que la droite.

Bain froid :

I. O. 2 1/2 à 10 aux deux bras.

Bain chaud :

I. O. 5 à 9 aux deux bras.

En conséquence, on conclut à un Raynaud compliqué de sclérodactylie.

Opéré le 2 mai 1929 par le Prof. Leriche en anesthésie locale.

Ablation du stellaire droit et de l'intermédiaire. Opération assez difficile, parce que la peau et les tissus sous-jacents sont inextensibles, parce qu'il y a partout de grosses veines, parce que la sous-clavière remonte très haut. L'intermédiaire et sa chaîne sont très développés et jusqu'au contact de l'artère sous-clavière. Le ganglion étoilé est derrière l'artère vertébrale. On ne peut pas voir son prolongement inférieur et on enlève la moitié supérieure du ganglion. Le pincement du ganglion provoque une violente douleur dans l'épaule.

Après l'opération, il y eut une réaction hyperthermique très nette du côté droit ; une disparition des troubles trophiques de la main droite. Celle-ci est moins bleutée qu'à gauche.

M. R... est revu le 17 mars 1930.

Il semble qu'il n'y ait pas d'amélioration nette. Les crises asphyxiques persistent au niveau des doigts. La sclérodermie et la sclérodactylie sont dans le même état qu'en 1929. Subjectivement, il n'y a pas de changement.

Nous le revoyons le 20 mai 1939. Son état général a peu changé. Il a une rente d'invalidité militaire de 30 %. Il peut cependant écrire, mais à condition que ce ne soit pas trop longtemps, ce qu'il ne pouvait faire en 1929. Ses doigts sont toujours épais et douloureux, la peau en est scléreuse, infiltrée. Les ongles cassants, très durs. L'extrémité est, en hiver, cyanosée et douloureuse. Il souffre considérablement, surtout aux époques de froid, et de temps à autre la pulpe de ses doigts s'ulcère.

Les oscillations sont reprises :

T. A. 9,5/6 au Vaquez.
I. O. Bras droit, milieu : 3 à 10.
— — gauche, — : 3 à 10.
I. O. Avant-bras droit, milieu : 3 à 12.
— — — gauche, — : 2,5 à 13.

Après bain froid : 10' à 0°

I. O. Bras droit, milieu : 2,5 à 12.
— — gauche, — : 3 à 18.
I. O. Avant-bras droit, milieu : 1,5 à 12.
— — — gauche, — : 2,5 à 12.

Après bain chaud : 10' à 40°

I. O. Bras droit, milieu : 5,5 à 10.
— — gauche, — : 4 à 10.
I. O. Avant-bras droit, milieu : 3 à 10.
— — — gauche, — : 2,5 à 12.

En bref, la sclérodactylie continue à évoluer.

OBSERVATION XXI

Mme C.... — Sclérodermie, sclérodactylie, Raynaud fruste évoluant depuis 12 *ans.*

Opérée, en 1931 *: stellectomie droite, stellectomie gauche, et parathyroïdectomie gauche.*

Résultat de 7 ans 1/2 *: évolution pratiquement arrêtée. — Amélioration.*

Mme C..., née en 1897, est admise, le 15 septembre 1931, à la Clinique Chirurgicale A.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires, à l'exception d'une luxation congénitale de la hanche droite.

Elle raconte qu'en 1919, elle a eu pour la première fois des douleurs dans les doigts de la main droite. Elle constata alors que ses doigts devenaient blancs, puis bleus, par temps froid. Ceci se reproduisit depuis lors chaque hiver.

En 1927, l'évolution fut plus sérieuse, car il apparut au bout des doigts de petits panaris. Ceux-ci, très nombreux, assez douloureux, guérissaient tous très facilement après s'être ouverts spontanément, ou après quelques pansements humides.

En 1928, très lentement, très progressivement, la dernière phalange de l'auriculaire et de l'annulaire de la main droite se mirent en flexion irréductible.

En 1929, c'est la main gauche qui se prit ; l'annulaire et l'auriculaire, eux aussi, se mirent en flexion. A peu près à la même époque, survinrent des crises d'asphyxie au niveau des doigts de pied, crises très pénibles, très douloureuses.

Il se fait également très progressivement, à la face, un épaisissement de la peau. Celle-ci devient dure, épaisse, comme œdémateuse, infiltrée.

A son admission, la malade se plaint de crises d'asphyxie douloureuse au niveau des mains dès qu'il fait froid ; ces crises sont pénibles, gênantes ; elles rendent les doigts bleus, puis tout blancs. Mais elles ne vont pas jusqu'à gêner la malade dans ses occupations. Elle peut couramment faire son ménage.

La sclérodermie de la face, quoique nette, la gêne peu.

Les jambes et les pieds ne la gênent presque pas, si ce n'est lors de ces crises douloureuses d'asphyxie, qui surviennent de temps à autre.

L'examen montre :

Une face où la peau est légèrement collée, légèrement sclérodermique au niveau des pommettes. La peau est tirée à ces places, mais ne donne pas l'aspect spécial du vrai visage sclérodermique typique. Le front est libre.

Aux membres supérieurs, existe une sclérodactylie prononcée, ayant amené, à la main droite, une flexion irréductible, légère, de l'index et du médius. Au niveau de ces doigts, on constate des troubles trophiques : les ongles sont très déformés. A la main gauche, il y a une flexion légère de la phalangette à 160° des 2e et 5e doigts ; les ongles, là aussi, sont très déformés.

Il y a aussi quelques troubles trophiques au niveau du pouce.

Les oscillations prises sont très bonnes.

Le Professeur LERICHE décide l'intervention, qui est pratiquée le 17 septembre 1931. (Prof. LERICHE, Dr FONTAINE) : stellectomie droite, pour sclérodermie.

Incision habituelle. On isole très facilement la thyroïdienne. On voit la sous-clavière, une grosse veine vertébrale, derrière et en dedans de laquelle on trouve l'artère vertébrale. On découvre la chaîne moyenne jusqu'à 3 cm. au-dessus de la thyroïdienne. Elle passe totalement derrière l'artère. Il n'y a pas de ganglion moyen, mais un petit renflement, au-dessous duquel se trouve l'intermédiaire, puis le pôle supérieur de l'étoilé.

Plusieurs branches font une boucle autour de l'artère vertébrale. Le nerf vertébral lui-même est tout petit.

Ablation complète du ganglion.

Douleur dorsale habituelle.

L'opération terminée, il n'y a pas de Claude-Bernard, et pas de chaleur de la face.

Le soir, Claude Bernard très léger, pas de chaleur de la face, mais mains brûlantes.

Le 26 septembre 1931, parathyroïdectomie et stellectomie gauches, pour sclérodermie. (Prof. LERICHE, Dr FONTAINE).

Incision sur le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien. Découverte du lobe gauche, que l'on bascule vers la ligne médiane à l'aide d'une pince en cœur ; on voit très bien une toute petite veine passant devant le récurrent et aboutissant à une petite masse jaune, qui semble être une parathyroïdé.

Section de la thyroïdienne en dehors du récurrent. On la fait passer derrière le nerf, et on enlève, avec elle, ce qui paraît être une parathyroïde.

Hémostase sur le corps thyroïde.

En réclinant fortement en dehors le sterno-cl.-mast., on découvre, sous l'aponévrose prévertébrale, la chaîne. Découverte du ganglion moyen, section de 3 rameaux à son niveau.

Petit ntermédiaire. On le suit. On tombe sur un étoilé très profond, dont on enlève la partie supérieure, ainsi que toute la chaîne antérieure, y compris le ganglion intermédiaire et le ganglion moyen.

La malade quitte la Clinique le 5 octobre 1931, et on la perd complètement de vue jusqu'à une lettre datée du 7 juin 1939, lettre dans laquelle elle se déclare nettement améliorée.

Elle est revue le 21 juillet 1939, par le Professeur LERICHE : il n'y a plus de cyanose à l'état de repos ou d'activité calme. Mais un ou deux doigts deviennent brusquement bleus si elle a une émotion. Depuis un an, elle a eu quelques petits abcès péri-unguéaux, et elle a eu l'impression qu'il y avait eu un petit retour offensif de la maladie.

Une radiographie de la main montre de l'ostéolyse des phalanges unguéales et du carpe.

OBSERVATION XXII

Mme M.... R. — Malade atteinte de sclérodermie Raynaud, évoluant depuis 12 ans.

Opération en 1931 : ramisection cervicale inférieure gauche. — Stellectomie droite, et parathyroïdectomie droite. — Sympathectomie péri-iliaque externe bilatérale.

Après 8 ans 1/2, la maladie continue à évoluer — Echec.

Mme M... R. est adressée à la Clinique Chirurgicale A le 6 janvier 1931, pour une sclérodermie avec crises vasomotrices du type Raynaud, par le Dr Alfandary, de Belgrade. Sclérodermie déjà fort avancée, occupant la face, le cou, les mains et les pieds, ayant amené, aux doigts, la nécrose des phalangettes.

Début à l'âge de 45 ans, avec un panaris torpide à l'index droit. Puis, des phlyctènes contenant du liquide séreux ou purulent survinrent à l'extrémité des autres doigts. En même temps, surviennent des crises vaso-motrices, lorsque la malade expose ses mains à l'air ou à l'eau froide, ou lorsque la malade est énervée. Les mains et les doigts deviennent alors bleus, puis rouges. Une sensation de picotement apparaît bientôt, rapidement suivie de douleurs violentes. La crise dure de quelques minutes à plusieurs heures. L'aggravation a été régulièrement progressive, et aucun des traitements actuellement connus ne l'a enrayée.

A son entrée à la Clinique, le 6 janvier 1931, les mêmes crises vaso-motrices existent toujours. Les « panaris trophiques » successifs des extrémités ont abouti à une nécrose des phalangettes : les articulations digitales sont enraidies et

fixées en demi-flexion. L'extension et la flexion complètes sont impossibles. Les téguments sont atrophiés et très tendus sur la main et les doigts ; ils semblent soudés aux tissus osseux sous-jacents. Partout la peau est tendue au maximum, et partout où il y a une saillie osseuse, elle est blanche, ivoirine. Les cicatrices couvrant les extrémités des doigts sont très douloureuses, et quelques-unes sont ulcérées et suintent, ou sont couvertes de croûtes, sous lesquelles se trouvent quelques gouttelettes de liquide séro-purulent

A la face, la malade présente l'aspect typique des sclérodermiques : la peau mince et atrophiée ne se laisse pas plisser et donne au visage une expression marmoréenne.

Les deux pieds et les régions malléolaires sont le siège de crises semblables, mais beaucoup moins intenses.

Pouls à 80°. La tension artérielle 12/7 (à l'appareil de Vaquez-Laubry). Rien d'anormal à l'exploration clinique du système nerveux. Bordet-Wassermann négatif.

Calcémie : 0 gr. par litre de sérum.

Quoique le pouls ne soit pas perceptible dans les gouttières radiales, les oscillations recherchées à l'aide de l'appareil de Pachon sont normales au poignet droit, un peu faibles au poignet gauche. Sous l'influence du bain froid autant que sous l'influence du bain chaud, l'amplitude de l'indice oscillométrique diminue d'un tiers.

Au cou-de-pied, les oscillations sont normales.

Les antécédents personnels ne donnent aucun renseignement de valeur : à signaler, cependant, qu'en 1924, la malade a subi à Belgrade une sympathectomie humérale bilatérale qui a transitoirement diminué les douleurs dans la main et les doigts gauches.

Première intervention, le 15 janvier 1931 (Prof. Leriche, Dr Fontaine, Dr Jung). Anesthésie locale. Ramisection cervicale inférieure gauche (section de quatre rameaux communicants) suivie d'ablation de la chaîne jusqu'au pôle inférieur du ganglion supérieur. Ligature et résection de l'artère thyroïdienne inférieure gauche.

Dès le soir, la malade se sent très améliorée : la main

gauche et ses doigts sont rouges, le pouls est perceptible dans la gouttière radiale. La malade ne souffre pas.

Le 17 janvier, deux jours après l'opération, la malade constate qu'elle n'a pas eu de crises douloureuses depuis l'opération. Elle ne souffre pas. Les ulcérations suintantes des doigts se nettoient. Les mouvements des doigts sont bien plus aisés qu'avant l'opération, et ont plus d'amplitude. Calcémie : 0 gr. 098 par litre de sérum.

Le 22 janvier, les ulcérations des doigts sont complètement cicatrisées et indolores. Les doigts ont une coloration normale. La malade n'a plus eu de crise vaso-motrice dans la main et les doigts depuis l'opération. L'amélioration est considérable du côté opéré ; elle est un peu moins prononcée à droite.

Deuxième intervention, le 23 janvier 1931 (Prof. Leriche, Dr Fontaine, Dr Jung). Ablation du ganglion étoilé droit. Parathyroïdectomie.

A partir du lendemain, la main et les doigts gauches passent par des phases d'amélioration identiques à celles du côté droit.

Calcémie le 26 janvier 1931 : 0 gr. 082.

1 er février : les deux mains ont une coloration normale. Le pouls est perceptible dans les deux gouttières radiales. La peau des doigts et de la main est plus souple qu'avant l'intervention. Les troubles trophiques ont complètement disparu. Les mouvements des doigts et du poignet se font de mieux en mieux. La malade n'a plus eu de crises vaso-motrices, ni de crises douloureuses.

A la face, la peau est aussi plus souple, et le jeu des muscles peauciers se dessine de nouveau.

Les réflexes sont vifs. L'état général est bon. L'amélioration est générale ; la malade ne se plaint plus que de légères douleurs dans les jambes et dans les pieds.

Troisième intervention, le 10 février 1931 : sympathectomie péri-iliaque externe bilatérale. (Prof. Leriche, Dr Jung).

Les jours suivants, les membres inférieurs s'améliorent comme se sont améliorés les membres supérieurs. La malade se lève au bout de huit jours, se trouvant transformée, ne souffrant plus nulle part, n'ayant plus de crises vaso-motrices, ayant une peau plus souple, sans plaies et sans cicatrices suintantes ; elle rentre à Belgrade.

D'après une lettre du mois d'avril 1931, l'amélioration se maintenait. Il n'y a ni douleurs, ni crises vaso-motrices, et la malade est enchantée.

Le Docteur Alfandary, de Belgrade, nous écrit ceci le 12 août 1939 :

« Après l'opération, Mme M... s'est portée mieux pendant quelque temps, mais assez vite, les troubles ont repris. A présent, les doigts continuent à se déformer. Sur certains doigts, des phalanges ont complètement disparu. Aussi, la malade ne se sert-elle de ses mains qu'avec difficulté.

« De temps en temps, elle a encore de petits panaris très douloureux.

« Elle a aussi encore des accès d'acrocyanose et de syncope (doigts bleus et blancs).

« La peau du dos de la main est unie, luisante et ne fait pas de plis. Cette zone s'arrête au poignet. A partir de là, la peau est blanche, plus épaisse, mais se laisse assez difficilement plisser. Puis, sans transition nette, vers le coude, elle devient normale. A part cela, l'état des membres inférieurs est meilleur. Il y a eu à un moment menace de gangrène, mais tout s'est borné à un sphacèle de la peau.

« Actuellement, et ceci depuis deux ans, elle ne souffre plus des pieds. »

OBSERVATION XXIII

Mme S.... A. — Sclérodermie évoluant depuis 1924, *c'est-à-dire depuis 7 ans.*

Stellectomie droite en 1931.

Résultat après 7 ans 1/2 : grande amélioration, presque guérison. — Succès.

Mme S... A. est admise à la Clinique Chirurgicale A le 5 novembre 1931. Née en 1884, elle n'avait jamais été malade jusqu'aux environs de 1924.

A ce moment, elle a, pour la première fois, l'impression que la peau de son visage et de ses mains se tend. Par moments, et surtout par temps froids, ses mains enflent d'un œdème assez mou.

Puis, la peau de son cou et de sa face s'épaissit progressivement, ceci sans qu'elle puisse exactement définir à quel moment. Les lèvres deviennent minces.

Au niveau du thorax et du tronc, il n'y a aucun changement.

En 1929, les cuisses et les jambes se prennent très légèrement.

A l'admission, en effet, on est frappé par l'aspect de la malade. Son visage est figé, la peau lisse, épaisse, en est collée au squelette, tendue sur l'arête du nez. Les lèvres sont minces, sèches.

Les bras présentent une plaque de peau indurée sur la face externe.

A l'avant-bras, toute la peau est épaisse, sèche et sclé-reuse.

Les poignets sont infiltrés. Les doigts boudinés, couverts de peau épaisse, sèche et dure. La peau est tendue à rompre sur les articulations interphalangiennes. Elle est à ces places toute blanche.

Au niveau des cuisses et des jambes, on voit également des plages d'induration. Les orteils sont sclérodermiques comme les doigts.

Le Professeur Leriche décide d'intervenir.

Opération, le 10 novembre 1931 : stellectomie droite, pour sclérodermie. (Prof. Leriche, Dr Fontaine).

Tissu scléreux inextensible. Thyroïdienne flexueuse, avec chaîne sympathique très grêle antérieure. Ganglion moyen très petit.

Résection de la thyroïdienne. Il est impossible de voir la vertébrale. On la découvre en cherchant l'intermédiaire, qui est tout petit. Ablation d'un gros étoilé.

Dès le soir même, la malade ressent un mieux considérable. C'est immédiatement, aux dires mêmes de la malade (sensation d'un carcan qui s'en va).

Quelques jours après, le 22 novembre 1931, elle quitte la clinique. Elle va très bien.

Nous la perdons de vue et ne la revoyons que le 23 juin 1939.

Elle a maintenant encore une peau un peu tendue, un peu collée à la face, mais c'est une peau qui fait des rides.

Les lèvres sont desserrées et la bouche apparaît presque comme normale.

Aux bras, aux avant-bras, aux mains, la peau est fine, souple, presque normale.

Les doigts sont peut-être encore un peu épais, un peu boudinés, mais infiniment moins qu'en 1931. On note cependant que, tout autour des ongles, la peau s'écaille facilement, qu'il y a une infinité de petits épis, secs, scléreux, qui se hérissent et qui sont douloureux au toucher.

Les ongles eux-mêmes sont durs et cassants. Les cuisses et les jambes sont redevenues normales. Les pieds ont désenflé et sont indolores.

La malade est ravie. Depuis l'opération, il y a eu un très grand mieux.

Ce mieux a été progressif, mais très lent. Il a commencé dès après l'opération. Il continue encore actuellement.

La malade fait quotidiennement son ménage, ce qu'elle ne pouvait faire avant l'opération. Il subsiste, à droite, un petit ptosis de la paupière supérieure, et un léger myosis. Mais ceci ne frappe pas, si l'on n'en est pas averti. Enfin, il faut signaler encore que la malade respire avec beaucoup plus de facilité qu'avant l'intervention.

OBSERVATION XXIV

Mlle M... E. — Sclérodermie de deux ans.
Opérée, en 1934 *: double stellectomie.*
Revue 5 *ans après : amélioration. — Succès.*

Mlle M... E., 40 ans, Professeur de piano, est admise le 10 juillet 1934 à la Clinique Chirurgicale A, pour sclérodermie et sclérodactylie.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons uniquement que ses parents étaient tous deux atteints de rhumatisme chronique. Elle-même n'a jamais été malade jusqu'en 1932. Elle est parfaitement réglée.

En 1932, pour la première fois, elle remarque que ses mains et son coude sont un peu engourdis, surtout après une flexion un peu prolongée. Et en décembre de la même année, elle ressent un picotement au bout des doigts après avoir joué du piano. Elle attribue cela au fait d'avoir frappé trop fort sur les touches du clavier.

En 1933, au printemps, cyanose et pâleur alternative des doigts. En mars de la même année, on lui enlève un adénome du sein ; jusqu'en avril 1933, tous ces troubles sont légers et ne l'ont, à aucun moment, empêchée de jouer du piano. Mais à partir de cette époque, elle commence à être vraiment gênée et cesse de jouer.

Mai 1933 : douleurs dans les articulations de l'épaule, du genou, du coude tant à droite qu'à gauche.

Pendant les mois d'été de 1933, cure à Aix-les-Bains. Elle se rappelle très bien avoir pu encore, à ce moment, malgré une certaine rétraction en flexion des doigts, appuyer la paume de la main à plat sur un plan dur.

Mais progressivement, au cours de l'automne, la rétrac-

tion des mains augmente, la peau de la face se tend au cours de l'hiver. Au printemps 1934, elle se décide à se faire opérer, parce qu'elle est très gênée, et parce qu'elle souffre.

Examen, le 10 juillet 1934 :

Malade très maigre. Ce qui frappe, c'est le masque rigide de la malade aux lèvres fines, pincées. La peau qui recouvre la face est très tendue. Epaisse, elle est douloureuse au moindre contact, ceci aux endroits où elle est le plus tendue, en particulier sur l'arête du nez. Il n'y a aucun jeu de physionomie. La bouche s'ouvre à peine. La langue est gênée dans ses mouvements. Elle est rétractée. Elle arrive à peine aux arcades dentaires. Elle gêne dans la mastication.

Au cou : une peau épaisse œdématiée, que l'on ne peut faire glisser sur les plans profonds, une peau que l'on ne peut plisser. Elle est couverte d'une pigmentation très intense. C'est la même peau qui recouvre la nuque. Les mouvements de la tête et du cou sont gênés, enraidis, guindés.

Bras : les bras sont grêles. La peau en est lisse, épaisse, scléreuse, ceci surtout sur la face externe. Il y a, de chaque côté sur cette face, une large plaque blanche indurée plus scléreuse que le fond brunâtre sur lequel elle se découpe.

Avant-bras : peau scléreuse luisante, lisse, brunâtre avec petites taches blanches épaisses et dures. L'extension de l'avant-bras sur le bras à 180° est impossible, on s'arrête à environ 150° ou 160°.

Aux poignets, une peau épaisse, plus épaisse, plus scléreuse, plus luisante encore que celle des avant-bras, surtout à droite.

Les mains sont très minces. La peau est très tendue sur la face dorsale. Les doigts très effilés, très fins, sont rétractés en flexion. Ils ne peuvent faire que de tout petits mouvements ; de plus, ils sont très douloureux, surtout aux places où, sur la face dorsale, la peau recouvre les articulations. Les doigts de la main gauche sont un peu plus déliés que ceux de la main droite.

Les cuisses, les jambes et les pieds ont une épaisse gangue scléreuse. Il est impossible de plisser la peau. Il n'y a presque pas de poils ; ceux qui existent sont extrêmement fins. Les orteils sont blanchâtres, épais, durs, en flexion et douloureux. Les ongles tout petits sont très friables.

Devant ce tableau de sclérodermie généralisée, le Prof. Leriche décide d'intervenir et pratique, le **11 juillet 1934,** la stellectomie droite.

Compte-rendu opératoire. — On arrive immédiatement sur l'artère sous-clavière qui est très haute. On l'isole juste à sa naissance — l'artère thyroïdienne, puis l'artère vertébrale. On ne voit pas de sympathique antérieur, sauf un petit filet qui contourne l'artère sous-clavière et qui est évidemment l'anse de Vieussens. On va immédiatement libérer l'artère vertébrale en-dessous d'un intermédiaire, et on découvre le ganglion stellaire par l'artère. Il est compris entre l'artère et la veine vertébrale. Ablation sans incident. Poids 0 gr. 2443.

Le 21 juillet 1934, stellectomie gauche.

Compte-rendu opératoire. — On trouve un gros ganglion intermédiaire plaqué devant l'artère vertébrale que l'on perd presque immédiatement. Une fois les rameaux coupés, on récline la vertébrale et l'on enlève un étoilé volumineux ayant trois rameaux du nerf vertébral.

Revue le 26 mai 1939. La malade est très satisfaite de l'opération, depuis 1934, dit-elle, non seulement il n'y a plus eu d'évolution, mais il y a une amélioration très lente, certes, mais progressive. Elle n'a pas été malade depuis 1934. Ses règles ont disparu progressivement en 1937 ; on l'opéra, cette année, d'un nouvel adénome du sein.

Examen :

Visage : la peau est souple, fine, non tendue. On a cependant l'impression qu'au niveau des paupières supérieures, il subsiste une certaine tension de la peau qui fait qu'au clignement des yeux, la peau du front bouge très légèrement. Il y a eu là un gros changement.

La peau des oreilles est fine, souple, mobile. Elles ne sont plus douloureuses. La malade a retrouvé presque tout son jeu de physionomie complètement perdu en 1934.

La langue qui était fortement rétractée et peu mobile, en 1934, s'est presque complètement déliée et ne gêne presque plus au cours de la mastication. La malade peut la sortir d'environ 1 cm. 1/2.

Au **cou,** la peau est souple et fine ; on arrive très facilement à la plisser, elle glisse sur les plans profonds. Tout ceci, aussi bien à droite qu'à gauche, du rebord maxillaire au bord claviculaire. A la nuque, elle est encore épaisse, mais on peut la plisser.

Toute cette peau s'est assouplie depuis l'opération. Il y a un mieux évident. Tous les mouvements de la tête et du cou sont libres.

La pigmentation, bonne, s'est encore intensifiée depuis l'intervention.

Les deux cicatrices cutanées de stellectomie sont légèrement cheloïdiennes.

Les **bras** sont très grêles et très effilés. La peau en est lisse, épaisse, scléreuse, et ceci surtout au niveau de la face externe ; on remarque là une grande plage blanchâtre plus indurée, mais indolore, qui se découpe sur un fond pigmenté, brunâtre assez marqué. Cette plage est symétrique aux deux bras.

Aux **avant-bras,** la peau est plus souple, sur la face dorsale, qu'au niveau de la face externe du bras, mais elle est pourtant scléreuse, luisante et légèrement brunâtre, mouchetée de taches ivoire.

Les **coudes** ne peuvent être complètement étendus, et le mouvement est bloqué en masse à 160°.

Les **poignets** sont très enraidis, surtout le poignet droit qui est plus rigide que le gauche. Il est douloureux sur sa face dorsale ; sa peau est épaisse, scléreuse, luisante et lisse.

Les **mains,** droite et gauche, sont minces, fines, effilées.

La peau est épaisse, dure et tendue sur la face dorsale. Elle est moins rigide sur la face palmaire.

Les **doigts** sont rétractés. Au maximum de leur extension, on arrive à étendre complètement les phalanges sur les métacarpes. L'articulation de la 2e sur la première phalange est irréductiblement bloquée à 90°, sauf l'index qui est à 70°. La 3e phalange s'allonge presque à 180° sur la 2e. Toute la peau du dos des doigts est lisse et luisante, dure. Les plis ont disparu, les ongles sont tout petits, comme des ongles d'enfant. Ils sont striés et cassants. Il n'y a pas de poils.

La pulpe des doigts est toute petite, ratatinée, non douloureuse. Ce qu'il y a de douloureux, c'est, au niveau de la face dorsale, les articulations phalango-phalangiennes.

A droite, les doigts sont un peu plus rétractés qu'à gauche, surtout le 4e et le 5e et, de plus, le jeu des mouvements est beaucoup moins délié qu'à gauche.

Au niveau des cuisses et des jambes, la peau s'est assouplie, mais les orteils demeurent rétractés en flexion et gênent considérablement la marche.

En résumé, il y a une amélioration nette :

1° Au niveau du visage, où la peau s'est assouplie énormément ;

2° Au niveau du cou, où la peau est presque normale et où tous les mouvements sont possibles ;

3° Au niveau des mains, où le délié des doigts est revenu en partie.

En plus de cela, il faut noter le myosis bilatéral des pupilles. Le ptosis des paupières est difficile à apprécier en raison du petit reste de rétraction qui subsiste. La sudation du visage est égale à ce qu'elle était avant, elle a simplement augmenté au front, des deux côtés, et à la face palmaire des mains.

Il n'y a pas de bourdonnements d'oreille.

D'après les dires de la malade, elle ressentirait, de temps en temps, depuis l'intervention, au niveau des bras

et des avant-bras jusque dans les mains, des douleurs vagues qui n'existaient pas avant. Ces douleurs n'ont aucun caractère topographique net. Elles ne sont ni musculaires, ni osseuses. Elles sont comme des douleurs rhumatismales, imprécises, fugitives, fugaces, apparaissant sans cause apparente, disparaissant de même. C'est là le seul changement ou le seul fait nouveau qui soit apparu depuis l'intervention nous dit la malade.

Nous lui prenons ses oscillations. Elles sont bonnes.

I. O. Bras..... : 4) des deux côtés.

I. O. Avant-bras : 2,5 à 3)

OBSERVATION XXV

Mme Sch..... E. — Malade atteinte de sclérodermie en bande de l'avant-bras gauche, et de sclérodermie au début de la face, évoluant depuis 10 *ans.*

Stellectomies droite et gauche, avec résection des artères thyroïdiennes inférieures en 1935.

Résultat après 4 *ans : grande amélioration. — Succès.*

Mme Sch... E. est admise le 4 juillet 1935 à la Clinique Chirurgicale A.

Née en 1904, elle a toujours eu une bonne santé. A l'âge de 9 ans, une jaunisse dont elle n'a conservé aucun souvenir précis.

A l'âge de 12 ans, elle est bien réglée.

A 20 ans, fausse-couche de six mois.

Sa maladie remonte à 1925, date à laquelle apparurent, pour la première fois, spontanément, de grosses plaques rouges sur l'avant-bras gauche, bord cubital, près du coude.

Ces plaques, tout d'abord parfaitement souples, devinrent peu à peu épaisses et dures. Gagnant insensiblement, ce placard, rigide et luisant, remonta le bord cubital gauche, et descendit vers le poignet, prenant ainsi très lentement toute la face interne de l'avant-bras gauche.

Examen : A l'admission, il s'agit d'une femme jeune, dont le teint jaune frappe cependant. A la face, on remarque, de chaque côté, une tache indurée à la région malaire ; le reste du visage paraît normal, la peau en est souple, non indurée, non œdématiée.

L'avant-bras gauche présente une bande nette de sclérodermie. C'est une grande plage scléreuse et luisante, qui occupe le côté cubital de l'avant-bras et s'étend, sur 2 à 3 cm. de largeur, du coude au poignet.

Cette plaque, épaisse au palper, ne peut être plissée ; par places, des zones plus dures traduisent l'existence de véritables dépôts calcaires.

Les oscillations sont prises le 5 juillet 1935 :

	droit	gauche
	—	—
Bras, milieu..... :	1 1/2 à 8	1 3/4 à 7 1/2
Poignet ..... :	1 à 9	oscillations
Cuisse, 1/3 inférieur :	1 1/2 à 8	2 à 9
Mollet, 1/3 supérieur :	1 à 8	1 3/4 à 8

Le Professeur Leriche décide l'intervention.

Opération, le 17 juillet 1935 : stellectomie gauche, pour sclérodermie en bande. (Prof. Leriche).

Incision pré-sterno-cléido-mastoïdienne. On est un peu gêné par les vaisseaux. Il est évident que l'incision conduit moins aisément sur le sympathique que l'incision passant entre les deux chefs du sterno-cl.-mast.

Petit ganglion intermédiaire. Il y a deux rameaux autour de l'artère vertébrale. La chaîne se rompt au-dessus du pôle supérieur. Ablation de tout le ganglion étoilé. Résection de l'artère thyroïdienne à distance du corps thyroïde.

Cette opération est complétée le 23 juillet 1935 par une stellectomie droite. (Prof. LERICHE).

Incision sur le bord interne du sterno-cl.-mast. On décolle, de façon à passer entre les deux chefs de ce dernier. La stellectomie est facile. On enlève un petit intermédiaire, et la chaîne jusqu'au pôle inférieur du ganglion moyen.

Résection de la thyroïdienne dans toute sa portion moyenne.

La malade quitte la clinique quelques jours après, très améliorée.

Une lettre d'elle, en juillet 1936, nous annonce que tout rétrocède, que la face est guérie, que l'avant-bras est en bonne voie.

Enfin, le 5 juin 1939, elle nous écrit :

« Mon bras continue à s'améliorer, et mon état général est bon. Je me sens beaucoup mieux qu'avant mon opération ».

OBSERVATION XXVI

Mme H... E. — Sclérodermie de deux ans.

Opérée, en 1935 *: stellectomie double.*

Revue après 4 *ans : amélioration. — Succès partiel.*

Mme H... E., 44 ans, est admise le 6 mai 1935 à la Clinique Chirurgicale A, pour sclérodermie généralisée.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, rien de particulier.

Dans ses antécédents personnels : elle a eu trois enfants bien portants ; elle n'a jamais fait de fausse-couche. En 1913, 1916 et 1919, elle fait différents séjours dans des sanas pour bacillose fibreuse des sommets, actuellement consolidés.

Elle raconte ceci : En 1933, alors que jusqu'alors ses

règles étaient parfaitement normales et régulières, elles deviennent très irrégulières et ne durent plus que un ou deux jours. C'est à peu près à cette époque qu'elle sent, pour la première fois, une rétraction en flexion irréductible des orteils ; à la marche, cette flexion est douloureuse.

En se déchaussant, elle remarque, à plusieurs reprises, que ses orteils sont cyanosés. Cette rétraction et cette cyanose disparaissent au repos.

Quelques mois après, les douleurs remontent le long de la face dorsale des pieds, puis de la crête tibiale jusqu'aux genoux.

En novembre 1933, les douleurs ont gagné, à droite, jusqu'à la hanche. Les jambes sont lourdes, œdématiées, la marche est gênée.

Décembre 1933. — Les troubles apparaissent dans les mains spontanément. Les mains, jusqu'alors normales, gonflent et deviennent très chaudes, brûlantes. Puis, lentement, les doigs se rétractent en flexion. Lentement aussi, la sensibilité s'émousse, au point que la malade laisse — sans s'en rendre compte — tomber, par temps froid, des objets qu'elle tient.

En 1934, les douleurs remontent à l'avant-bras.

En janvier 1934, la peau s'est sclérosée à la base du cou et, en juin 1934, au visage. Partout où cette peau est sclé-reuse, elle souffre.

A l'examen : 6 mai 1935 : Il s'agit d'une femme assez jeune d'apparence. Sa figure est figée, ses lèvres serrées, presque immobiles. Elle entr'ouve à peine la bouche d'un centimètre. Les mimiques du visage sont presque impossibles. Tout ce que l'on obtient, c'est une ébauche de sourire.

Au palper, toute cette peau blanche, sans rides, est épaisse, cartonnée, tendue ; il est impossible de la mobiliser, elle est un seul bloc, collé au squelette osseux. Le toucher un peu appuyé est douloureux. Les parties les plus sensibles sont celles où la peau est le plus tendue, la crête nasale, l'angle de la mâchoire, etc..,

Au niveau du cou, une pigmentation brune très sombre, donnant au palper la sensation d'une rigidité très grande. La peau glisse très difficilement sur les plans profonds.

Les mains et les doigts, très effilés, sont gantés d'une peau épaisse, lisse et luisante, blanche ou cyanotique par place, brune à d'autres. Cette peau donne l'impression d'être tendue au maximum. Ce qui frappe surtout, ce sont ces plages brunes et ivoirines qui s'intriquent comme un vitiligo très blanc chez un homme très pigmenté. Les plages ivoire sont nettement indurées. Les mains sont en flexion sur le poignet, et les doigts sont recroquevillés dans la paume de la main, leur pulpe touche presque la paume ; à droite, c'est une véritable griffe rigide presque immobile. A gauche, quelques petits mouvements de la pointe des doigts sont encore possibles.

La peau qui recouvre les poignets est épaisse et rigide — scléreuse — mais, plus on remonte vers l'avant-bras et enfin vers le bras, plus la peau est souple, et, au niveau du deltoïde, elle est presque normale.

Au niveau du thorax et du tronc, la peau est très épaisse, difficile à pincer, collée au corps.

L'abdomen est épaissi, rigide, mais moins cependant que le thorax. La peau fait très difficilement des plis. Et ces plis sont très larges. Il en est de même au niveau du dos.

Les racines des cuisses sont très pigmentées de plaques brunâtres, supportées par une peau assez épaisse. Et, à mesure que l'on descend vers la jambe, la peau devient plus épaisse, plus scléreuse.

Le dos du pied est œdématié d'un œdème très dur.

Les orteils sont petits, une peau épaisse et dure les moule. Ils sont en flexion irréductible et gênent la marche. A toutes les places où la peau est très tendue et très scléreuse, on provoque une douleur au palper même très doux.

Dans ces conditions, le Prof. Leriche décide d'intervenir.

Op., le 10 mai 1935 : stellectomie gauche.

Procédé habituel. Parois rigides : on est obligé d'opérer dans un étroit couloir. Vaisseaux très friables. Résection de la thyroïdienne pour après voir les parathyroïdes. Gros intermédiaire en dehors de la thyroïde. Gros rameaux entourant la vertébrale (on dirait un 1/2 ganglion comme sur la figure de FRÄNTZ). — Libération de l'étoilé. — Ablation.

Op., le 18 mai 1935 : stellectomie droite.

On trouve une très grosse artère thyroïdienne et une très grosse vertébrale. La majeure partie de la chaîne est en avant de l'artère. Petit intermédiaire. Dernier cervical et premier dorsal séparés par un petit étranglement. Ablation de l'étoilé, de l'intermédiaire et du ganglion moyen. Résection de l'artère thyroïdienne inférieure.

Les suites opératoires sont normales ; dès le 22 mai 1935, les doigts qui étaient immobiles en flexion ne sont plus aussi raides et commencent à remuer. La bouche s'ouvre, la malade peut passer facilement un doigt entre ses arcades dentaires.

Le 26 août 1935, la malade est revenue nettement améliorée. Elle ne souffre plus, sauf dans les articulations phalangiennes. Elle ouvre beaucoup mieux la bouche. Les mains ne sont plus cyanotiques. Elle commence à bouger les doigts.

Nous la revoyons le 24 mai 1939 : Elle nous reconte que progressivement la main gauche s'est libérée depuis l'opération. Elle peut maintenant bouger un peu les doigts et prendre en main les objets indispensables.

La bouche s'est ouverte davantage, et deux doigts peuvent se glisser entre les dents, et ceci lui permet de s'alimenter facilement. Les douleurs qui existaient à la face, des deux côtés, se sont atténuées. L'hémi-face gauche cependant est plus enflée et plus chaude que la droite dit-elle, alors que, objectivement, on ne constate aucune différence : c'est un visage à peau lisse, tendue, épaisse au palper ; aucune ride n'apparaît. Les lèvres sont encore très minces et très serrées. Les commissures ne peuvent guère s'étirer qu'en un très

léger sourire. Les sourcils sont très grêles et les poils rares et fins.

La fermeture de la paupière supérieure mobilise en même temps la peau du front. Tout l'ensemble du visage donne l'impression de rigide. C'est un masque figé.

Au cou, la peau, plus fine, permet de petits plis de l'épiderme sur le derme qui, lui, est cependant très scléreux. La pigmentation brune existe toujours, cependant beaucoup moins intense depuis l'opération.

Au thorax, la peau est épaisse, serrée, cartonnée.

Membres supérieurs. — Aux bras, la sclérodermie est surtout nette sur la face externe de l'avant-bras ; plus l'on descend, plus elle est intense, plus le membre est gainé d'une gangue rigide. Enfin, aux mains : à droite, la peau serrée, épaisse, collée en bloc, aux endroits qui ne sont pas des plis de flexion ; tendue et blanche, au niveau des articulations ; sur la face dorsale, elle est lisse et luisante, brune avec des plages ivoire irrégulières, imprimées sur ce fond brun. Il n'y a pas de poils. Les ongles sont petits, minces, cassants, striés. Les endroits où la peau est le plus tendue sont les plus douloureux au toucher. La peau est ici le plus souvent excoriée et parakératosique. Il y a de tout petits mouvements de ces doigts rétractés en flexion, mouvements de la pulpe, mais cette main est presque inutilisable.

A gauche, l'aspect est identique à celui de droite, mais la peau est un peu moins scléreuse ; les doigts, moins rétractés, peuvent faire des petits mouvements, qui leur permettent de saisir des objets.

Aux membres inférieurs, la racine des cuisses est très pigmentée de brun. La peau est épaisse, toutefois moins qu'aux membres supérieurs. Les jambes sont d'une peau plus scléreuse que les cuisses, les pieds enfin sont œdématiés, d'un œdème dur à peau épaisse. Les orteils sont rétractés.

Il y a donc toujours sclérodermie généralisée, mais, depuis la double stellectomie, il y a eu amélioration : spontanément la malade le constate.

Elle souffre moins — elle marche mieux — elle ouvre mieux la bouche — elle bouge mieux la main gauche.

Cette amélioration est venue lentement, elle s'est faite de 1935 à 1937. Depuis 1937, l'amélioration n'a plus progressé, mais la maladie n'a plus évolué.

Nous reprenons les oscillations aux bras, aux avant-bras, aux cuisses, aux jambes. Elles sont partout régulières, mais très faibles.

I. O. Bras..... : 1,5)
Avant-bras : 1,0) de chaque côté.
Cuisse..... : 2)
Jambe..... : 1,5)

Enfin, les deux pupilles sont en myosis.

La malade ne transpire pour ainsi dire jamais au visage. Elle transpire au niveau de la peau des mains, de la peau des aisselles et au corps.

La vision, hypermétrope, déjà avant l'opération, est devenue moins bonne.

Il n'y a pas de bourdonnements d'oreille, pas de changement de l'acuité auditive. Les odeurs et les goûts sont perçus de la même façon. Pas de battements de cœur ni de modification du rythme. Pas de douleurs au niveau des membres supérieurs ni au niveau de la face ou du cou.

Le seul changement qu'ait remarqué la malade est cette sensation de chaleur au niveau de l'hémi-face gauche ; celle-ci est apparue à l'intervention et demeure depuis.

OBSERVATION XXVII

Mme R... A. — Malade atteinte de sclérodermie Raynaud, depuis 4 ans, à son admission à la Clinique.

Stellectomies droite et gauche en 1937. *Sympathectomie lombaire bilatérale en* 1937.

Après 2 ans 1/2, pas d'amélioration, pas d'aggravation. — Arrêt de l'évolution du processus.

Mme R... A. est admise, le 16 janvier 1937, à la Clinique Chirurgicale A.

Israélite, originaire de Riga, née en 1888, elle a toujours été en parfaite santé. Elle a toujours été bien réglée jusqu'en 1935. Elle a eu quatre enfants, Trois sont bien portants, le quatrième mort en bas âge.

En 1933, elle eut une sorte de polynévrite. C'était des douleurs dans les jambes et dans les bras, douleurs qui l'empêchaient de se mouvoir, au point qu'elle était complètement inerte, comme paralysée pendant cinq à six semaines. Ces douleurs étaient surtout marquées au niveau des genoux.

Vers le milieu de 1935, à peu près dans le même temps que ses règles devenaient irrégulières, elle s'aperçut qu'elle avait beaucoup de peine à manger et à parler. Ses doigts se mirent alors à enfler, ils devinrent gros, œdématiés. Cette enflure gênant considérablement les mouvements, ceux-ci devinrent pénibles, puis presque impossibles. Puis, les doigts se courbèrent, devinrent durs, rigides et se mirent en flexion ; ils étaient presque constamment froids et devenaient bleus et blancs.

Les pieds également se prirent et les orteils devinrent rigides.

A son admission, Mme R... A. présente le faciès typique des sclérodermiques.

Faciès immobile, figé, aux lèvres pincées, minces, laissant même les dents à découvert. Les lèvres sont froncées de tout petits plis verticaux. Partout sur le visage, la peau est collée au squelette, épaisse, œdémateuse, infiltrée. Les paupières sont enflées et lourdes. Elle a de la peine à les ouvrir.

Au cou, la peau est dure, pigmentée, brunâtre, comme si on avait fait de l'héliothérapie. Par places, on remarque des taches de dépigmentation, des taches de peau blanche.

Au thorax, à l'abdomen et dans le dos, il n'y a rien de bien particulier à signaler.

Aux membres supérieurs, la peau des bras est souple. Aux poignets, la peau devient épaisse et scléreuse. Mais ce ce sont surtout les doigts qui sont atteints, œdémateux, effilés ; une peau lisse les gante. Il n'y a plus de rides.

Les doigts sont courbes, froids, cyanosés, avec, par places, des taches rouges. Ils sont humides, la flexion qu'ils accusent est irréductible.

Aux membres inférieurs, cuisses et jambes sont presque normales. Les cou-de-pieds sont enflés, les pieds sont gros, les orteils sont rétractés, cyanosés et sclérodermiques.

Les oscillations sont prises.

T. A. (Vaquez) 14/7.

Oscillations :	droit	gauche
Avant-bras, 1/3 inférieur :	normal	normal
	2 à 10	3 à 10
Jambe, 1/3 inférieur.... :	2,5 à 10	2,5 à 10

Le Professeur Leriche décide d'intervenir.

Opération, le 20 janvier 1937 (Prof. Leriche, Dr Fontaine) : stellectomie droite, pour sclérodermie. Stellectomie sans particularité.

Opération, le 29 janvier 1937 (Prof. Leriche, Dr Fontaine) : stellectomie gauche.

Aussitôt après la première intervention, ptosis de la paupière supérieure droite et chaleur dans le membre supérieur droit.

Le 21 janvier 1937, tiraillement au niveau de la plaie opératoire. Léger assouplissement dans les mouvements de la main.

Le 23 janvier 1937, la peau de l'avant-bras s'assouplit.

Le 29 janvier 1937, après la deuxième intervention, les mouvements de la main gauche deviennent plus souples.

Le 9 février 1937, sympathectomie lombaire bilatérale transpéritonéale. (Prof. Leriche, Dr Fontaine).

Le 12 février, la malade est ravie ; il s'est fait un assouplissement de la peau et des articulations interphalangiennes du médius et de l'auriculaire droits. Ceci est net.

Le 19 février, elle quitte la Clinique, améliorée.

Nous la perdons de vue.

Nous recevons d'elle, de Riga, une lettre datée du 10 juin 1939 :

« La peau, sur le corps, est devenue plus élastique, mais, sur le visage et surtout autour de la bouche, elle est comme jadis, et cet état est très pénible. Quant aux doigts, ils sont crispés et bleuâtres et ne s'améliorent pas.

« La couleur de la peau est aussi brune qu'elle était et les taches rouges sont demeurées. Je suis encore littéralement gelée, et cela me fait beaucoup souffrir. Je ne me repose de cet état désagréable que quand il fait très chaud.

« Les pieds, eux, sont presque parfaitement guéris. Mais je considère que mon état n'empire pas, et je peux travailler. »

OBSERVATION XXVIII

Mme F... Y. — Sclérodermie datant de 3 ans.

Opérée en 1936 : double stellectomie, parathyroïdectomie droite.

En 1937 : double sympathectomie péri-humérale.

Résultat de 3 ans 1/2 : amélioration. — Succès.

Mme F... Y. est admise le 8 février 1936, pour sclérodermie, à la Clinique Chirurgicale A.

Née en 1893, il n'y a rien à relever de particulier dans ses antécédents. Elle a un fils de 16 ans. Elle fut toujours parfaitement réglée jusqu'au début de son affection.

Novembre 1932 marque l'apparition d'un érythème au

visage avec malaise général peu intense, pâleur subite et vertiges et un prurit généralisé qui bientôt se localise à l'anus et à la vulve ; à peu près en même temps, les mains enflent, deviennent blanches, puis violacées par le froid.

Août 1933. — Elle est réveillée une nuit par une vive douleur, de type névralgique, siégeant un peu partout mais surtout aux quatre membres. Un matin, elle s'éveille très raide. La raideur se dissipe au courant de la journée. Puis, dans les semaines qui suivent, des taches brunes apparaissent au visage et au cou. Le corps devient bronzé, couvert d'un semis de taches blanchâtres. Les épaules se prennent et s'enraidissent. Deux plaques calleuses apparaissent aux fesses. Un médecin consulté diagnostique un Addison. Il prescrit des extraits surrénaliens et de l'adrénaline.

En 1934, surviennent des douleurs permanentes aux mains et aux poignets. Ces douleurs sont plus intenses par temps humide et froid. Elles sont accentuées par la fatigue. Elles sont très pénibles. Elles obligent la malade à marcher courbée en avant. Tout ceci avec une très grande raideur des mouvements. Le faciès est complètement figé. Les lèvres s'amincissent, les traits sont fixés.

En mars 1935, les mains se figent en flexion. On la traite, à ce moment, par des extraits thyroïdiens et par de l'acécholine. Les mains désenflent, mais demeurent rétractées.

Juillet 1935. — Un traitement électrique intensif — 4 à 5 séances de diathermie — amène une amélioration considérable et rapide en huit jours. La pigmentation diminue — le buste se redresse — la malade peut à nouveau sourire — les mouvements des mains deviennent plus amples. Elle cesse de maigrir. Les douleurs diminuent.

Depuis lors, son état est à peu près stationnaire. Les mouvements des mains diminuent simplement d'ampleur.

Etat à l'admission :

Malade très amaigrie. Malade donnant l'impression d'être figée, mais ceci surtout aux épaules et aux avant-bras.

Une pigmentation brune et diffuse couvre tout le corps ; elle prédomine au tronc et aux cuisses. Les traits de la face sont à peine mobiles ; les lèvres sont minces, tirées ; la bouche, petite, s'ouvre mal.

La peau est épaisse, scléreuse, tendue, surtout dans les régions péri-auriculaires.

Le cou est à peu près normal ; quelques télangiectasies s'y remarquent.

Au thorax, des infiltrations cutanées rendant la peau épaisse ; des varicosités superficielles sur toute la zone cutanée située au-dessous des seins. De la peau brune, par places, dépigmentée, à d'autres.

Toute cette peau moule le thorax. Elle y colle.

Abdomen. — Peau rouge, sauf dans la partie externe de la fosse iliaque droite qui est infiltrée et dépigmentée.

Membres inférieurs :

Les fesses sont très pigmentées. Deux plaques, de la largeur d'une pièce de 5 francs, dures et scléreuses.

Les cuisses, souples, dépigmentées sur leur face interne.

Les jambes. — On remarque une plaque allongée au 1/3 moyen de la crête tibiale droite d'aspect et de consistance cicatriciels.

Pieds. — Un œdème rosé, dur, sur la face dorsale des deux pieds, Il y a, sous le talon gauche, une ulcération de 1 cm., qui serait survenue, après grattage d'une callosité, vers la mi-janvier 1936. Cette ulcération a un aspect torpide, taillée à pic ; son fond est rosé.

Membres supérieurs :

Epaules. — A gauche, mouvements, de 30° d'élévation des bras, arrêtés par la douleur sans que la peau en soit tendue.

A droite, mouvements de 45°. Partout la peau est épaisse et scléreuse, partout la palpation en est douloureuse.

Bras. — Infiltration de la face postérieure du bras gauche.

Coudes. — Sans particularités.

Avant-bras. — Légèrement pigmentés. Infiltration au niveau du poignet.

Mains. — Peau tendue — très tendue sur la face dorsale. Nodule palmaire surtout à droite. Mobilisation du poignet à peu près normale, mais il faut la faire lentement pour ne pas faire mal.

Doigts. — Phalanges immobilisées à angle droit sur les métacarpes. Les mouvements des doigts ont une amplitude totale d'environ 40°. Les ongles sont secs, petits, cassants, sauf à l'index droit.

Ce qu'il y a encore de remarquable, ce sont des ulcérations spontanées, qui existent depuis trois mois. Elles siègent au niveau des articulations phalango-phalangiennes de l'index droit, de l'auriculaire gauche. Elles ont commencé par un amincissement de la peau. Puis l'ulcération apparut : au centre, un bourbillon blanc jaunâtre, tout autour du tissu torpide. Quand le bourbillon s'est éliminé, elle se referme, laissant une petite plaque blanche nacrée. Le tout a duré environ un mois et demi.

Les dents se déchaussent et branlent à la mâchoire inférieure. Elles sont élimées et concaves à la mâchoire supérieure.

Les oscillations sont prises le 5 février 1936.

I. O. Bras droit, milieu : 4 1/2.
Bras gauche, — : 5.
Avant-bras droit, — : 3.
— — gauche, — : 3.

Radiographie des mains le 5 février 1936 : Légère décalcification généralisée.

Le Professeur Leriche décide d'intervenir.

Le 9 février 1936 : stellectomie et parathyroïdectomie droite. (Prof. Leriche).

Incision en L, dissociation du sterno-cléido-mastoïdien, ablation du stellaire et ablation de la chaîne ganglionnaire

jusqu'au ganglion moyen. Puis, incision transversale. Ablation d'une parathyroïde droite.

Le 17 février 1936 : op., Prof. Leriche, stellectomie gauche.

Même incision en L, dissociation du st.-cl.-m. Résection de la thyroïdienne. Ablation du stellaire. Il semble uni au premier thoracique. Résection d'un centimètre et demi. Ablation d'un élément semblant être une parathyroïde.

Le soir de l'intervention : Le visage commence à se détendre. La malade peut mieux ouvrir la bouche. La peau des cuisses devient un peu plus souple.

Le 18 février 1936 : Le visage pèle. La peau s'assouplit et blanchit de plus en plus. La malade peut encore mieux ouvrir la bouche. La peau des bras s'éclaircit et s'assouplit de même que celle du thorax et de l'abdomen. Les articulations scapulo-humérales sont inchangées au point de vue fonctionnel.

Aux mains, il y a une légère amélioration dans les mouvements de flexion, surtout à gauche. La paume des mains s'est beaucoup éclaircie et la peau a une souplesse presque normale.

La malade se plaint d'avoir la voix enrouée depuis cette dernière opération.

Les plaies du talon droit et de l'auriculaire droit se sont complètement cicatrisées.

Revue et admise le 5 mai 1937.

N'a plus d'ulcération aux pieds. Marche mieux qu'avant. Peau, au tronc, identique. Les membres sont beaucoup mieux, sauf les doigts où il reste de petites ulcérations.

Oscillations, avant et après bain chaud : L'indice va de 1 1/2 à 2 1/2 et 3.

Opération le 10 mai 1937 : double sympathectomie périhumérale.

Le 16 mai 1937 : l'ulcération du médius droit est guérie, celle de l'index persiste.

Nous la revoyons le 5 juin 1939.

D'emblée, elle nous raconte qu'elle s'est améliorée depuis son opération. Cette amélioration fut lente et progressive aux membres inférieurs ; la peau s'est assouplie, les articulations sont déliées, les cuisses, les jambes, les pieds sont d'aspect presque normal. Aux bras, à l'avant-bras, la peau est encore un peu indurée ; les poignets sont rigides. La paume de la main est moins dure, moins tendue, moins rigide qu'elle ne l'était. Les doigts n'ont pas changé, ils sont toujours rétractés, la peau est toujours aussi épaisse, mais elle n'est plus dure.

Au visage, il y a un gros changement. La peau en est encore un peu infiltrée, un peu épaisse, mais beaucoup moins qu'en 1936. Elle ne bride plus, dit la malade, elle ne gêne pas.

Le cou est normal, la télangiectasie n'a pas changé.

Les épaules deviennent douloureuses, les mouvements ne sont pas plus déliés.

En résumé, grosse amélioration aux membres inférieurs et à la face ; amélioration aux bras et aux avant-bras. Statu quo aux mains.

A côté de cela, un léger ptosis des deux paupières, un léger myosis bilatéral, mais aucune modification subjective ni au point de vue nasal, ni au point de vue oculaire, ni au point de vue buccal. Pas de palpitations.

Nous reprenons les oscillations :

Bras droit, milieu : I. O. 2,5.

Bras gauche, milieu : I. O. 2,0.

Avant-bras droit, milieu : I. O. 1,5.

Avant-bras gauche, milieu : I. O. 1,25.

OBSERVATION XXIX

Mme Ch... J. — Malade atteinte de sclérodermie et Raynaud, évoluant depuis 14 *ans.*

Stellectomie droite, en 1937 — *section du nerf vertébral gauche, en* 1937.

Sympathectomie lombaire basse, bilatérale, en 1937.

Sympathectomie péri-humérale, bilatérale, en 1938.

Amélioration progressive qui semble se poursuivre. — Succès.

Mme Ch... I., née en 1882, est admise en juin 1937 à la Clinique Chirurgicale A.

Ses parents sont bien portants. Mais, dans sa famille, il y a de nombreux rhumatisants. Mariée, elle n'a jamais eu ni enfant, ni fausse-couche. En 1923, à l'âge de 41 ans, on lui fait une ovariectomie bilatérale, avec conservation de l'utérus.

Jusqu'en 1930, 1931, absolument rien à noter. Vers cette époque, elle ressent quelques vertiges et quelques bouffées de chaleur, ainsi que quelques douleurs dans le bout des doigts. Ceux-ci commencent à devenir bleus et même blancs par temps froid. Ils enflent, sont douloureux, commencent à s'enraidir.

En 1934, les doigts sont très enflés, très douloureux et très raides. Ils bougent mal et très difficilement. Tout ceci dure jusqu'en 1936. Au printemps de cette année, se place un épisode fébrile. C'est une crise rhumatismale intense, accompagnée de température à 38°, 38°5. Elle aurait duré trois à quatre mois.

Ces rhumatismes sont des douleurs articulaires siégeant aux poignets, aux chevilles, aux genoux, etc., bref, au niveau des articulations distales. Après que la crise fébrile eut disparu, douleur et raideur persistèrent cependant. Voilà pourquoi elle se décida à venir consulter en juin 1937 à la Clinique Chirurgicale A.

A l'examen :

Le visage est typique de sclérodermie. Il est figé, la bou-

che petite, les lèvres, minces et sèches, sont couvertes de petits plis verticaux. Les paupières sont un peu enflées. La peau, épaisse, est dure, scléreuse, surtout aux places où elle recouvre des reliefs normaux, au niveau du nez en particulier. Sur cette peau, il y a, par places, des plaques brunâtres, qui ont apparu lentement vers 1936. Les mains sont froides.

Les doigts, rétractés et en légère flexion, sont épais, rose blanc. La peau en est lisse, épaisse, brillante, complètement collée. Il y a des ulcérations au niveau de la face dorsale des articulations. Ces ulcérations commencent par une petite plaque rose. Cette plaque durcit, devient de plus en plus douloureuse, rouge, puis s'ouvre. Il s'écoule alors une sorte de boue blanc-jaunâtre. Les bords de l'ulcération deviennent alors roses, et le tout se cicatrise en huit à dix jours.

Les ongles sont durs, striés, très friables, cassants. La pulpe des doigts, extrêmement indurée, est douloureuse et couverte de durillons ; ceux-ci ont une évolution rapide ; ils apparaissent brusquement, se développent en une à deux semaines, puis tombent, laissant une cicatrice pulpaire de peau rosée, très fine et douloureuse.

Aux poignets, la peau est assez épaisse et assez scléreuse, assez tendue ; elle recouvre une articulation, élargie surtout dans le sens transversal. L'articulation est très enraidie et gênée dans ses mouvements.

Les avant-bras sont sclérodermiques, mais d'une peau moins épaisse que celle des poignets ou des mains. On arrive cependant à la plisser.

La peau des bras et des épaules n'est pas sclérodermique, mais les mouvements, sans être limités, sont freinés.

Il y a un gros effort à faire de la part de la malade pour arriver à un mouvement ample. Elle y arrive. Elle est bridée, le mouvement est douloureux.

La peau de la nuque est normale.

Celle du cou est un peu épaissie et se plisse difficilement.

L'abdomen est normal.

Les cuisses ne présentent rien de particulier. Quant aux jambes, le tiers supérieur est sans particularité. Mais dès que l'on descend, la peau devient épaisse, nettement sclérodermique, et les chevilles sont enflées. Les pieds sont recouverts d'une peau épaisse, dure, scléreuse. Il y a de ci, de là, de petites ulcérations au niveau des reliefs osseux, comme il y en a aux mains.

Les orteils sont rétractés, en flexion, la peau, collée à eux, est épaisse et dure.

Le Professeur Leriche décide d'intervenir.

Opération, le 8 juin 1937 (Prof. Leriche) : stellectomie droite, pour sclérodermie.

Anesthésie locale. Ablation complète du ganglion.

Opération, le 16 juin 1937 (Prof. Leriche) : section des racines du nerf vertébral gauche.

Opération schématique. 4 branches marchent verticalement. Section des racines.

Les jours qui suivent l'opération, la malade éprouve un grand soulagement.

L'amélioration se maintient jusqu'en août 1937. Le Professeur Leriche complète alors la série des opérations sympathiques par une double sympathectomie lombaire basse.

Au printmps 1938, une double sympathectomie péri-humérale donne une nouvelle amélioration dans les mouvements des deux mains.

Nous la revoyons le 5 juin 1939 :

Le visage ne frappe pas par un aspect sclérodermique. La bouche est rétractée, mais légèrement.

Les paupières sont un peu enflées et lourdes. Tout le masque cependant est enraidi et présente des plaques brunâtres.

La malade dit spontanément que tout s'est considérablement amélioré depuis l'opération de 1937 ; que la régression du mal est lente, mais constante. La nuque est parfaitement souple. Les épaules et les bras ont une peau presque normale, peut-être un peu épaisse, mais qui plisse bien.

Tout commence aux avant-bras ; ils sont infiltrés.

Les poignets sont épaissis, enraidis, sclérodermiques.

Mais les mains surtout sont typiques. La peau en est lisse, brillante, écailleuse, rose-violacé ; elle est collée aux doigts. Ceux-ci sont rétractés en flexion légère ; la pulpe, courte et dure, présente, par places, encore de petits durillons. Ces durillons douloureux s'écaillent et tombent, laissant une cicatrice fraîche, rosée, douloureuse au toucher.

Aux places où la peau recouvre une articulation, il y a de petites ulcérations. Les mouvements des doigts sont raides, mais beaucoup moins qu'en 1937. Par temps froid cependant, les doigts deviennent encore bleus, et les mouvements sont bridés.

Les cuisses et les jambes sont normales. Près de la cheville, la peau redevient épaisse ; le cou-de-pied lui-même est élargi, et les mouvements sont pénibles.

Aux pieds, il y a une peau épaisse et œdémateuse, scléreuse ; et au niveau des orteils, de petites ulcérations douloureuses comme celles des mains.

Mais, au total, la malade considère qu'il y a une grosse amélioration depuis l'opération. Les douleurs sont infiniment moindres.

Les grands mouvements des bras et des jambes sont beaucoup plus libres. L'amélioration semble avoir porté surtout à gauche. C'est la main gauche qui est la plus déliée.

Pieds et jambes sont inchangés.

Le ptosis bilatéral des paupières est minime et ne frappe pas. Il n'est apparu aucun phénomène nouveau depuis l'opération. Nous reprenons les oscillations.

T. A., au Vaquez, 15/8.

Oscillations :	droit	gauche
Cuisses ..... :	8 à 9	7 à 8,5
Jambes, milieu.... :	4,5 à 10	4,5 à 10
Chevilles ..... :	3 à 10	4 à 9
Bras, milieu..... :	3,5 à 9	3,5 à 9

Avant-bras, milieu :	2,5 à 9	2 à 8
Poignet ..... :	1,5 à 10	1,5 à 9

La malade passa quelques jours à la clinique, où l'on profita de son séjour pour faire quelques infiltrations de scurocaïne à 2 % autour des artères fémorales et humérales, ce qui l'améliora.

OBSERVATION XXX

Mme W... C. — Sclérodermie remontant à 9 ans.
Opérée, en 1938 : stellectomie bilatérale.
Résultat de un an : grosse amélioration. — Succès.

Mme W... C. est admise, le 19 janvier 1938, à la Clinique Chirurgicale A, pour sclérodermie.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Elle-même a été hystérectomisée en décembre 1930. Hystérectomie subtotale pour hydrosalpinx bilatéral. Il n'y avait pas de fibrome utérin.

Elle raconte ceci : Un an déjà avant l'hystérectomie, donc en 1929, elle ressentit des troubles et des fourmillements dans les doigts des mains et les orteils. A cette époque, les doigts devenaient violacés et blancs, de temps en temps froids. Elle se rappelle d'ailleurs avoir eu, au cours de son enfance, de véritables crises douloureuses au niveau des doigts qui devenaient exsangues. Ces crises s'espacent vers l'âge de 15 ans. En 1931, les doigts se sont enraidis et resserrés les uns contre les autres, gênant les mouvements, de même les coudes se sont immobilisés à 160°. Au visage, elle n'a remarqué aucune transformation.

L'examen, pratiqué le 19 janvier 1938, nous montre une femme au masque rigide, nettement sclérodermique. Au tou-

cher, la peau est épaisse et scléreuse — elle glisse mal — elle fait un bloc avec les plans profonds, mais elle ne gêne pas la malade ; elle n'est pas douloureuse.

Le cou et la nuque sont couverts d'une peau normale.

Les bras ont une peau mince — les avant-bras une peau scléreuse, épaisse, qui le devient de plus en plus au fur et à mesure que l'on arrive aux poignets. Les avant-bras ne peuvent être étendus à plus de 160° .

Les mains sont épaisses — la peau est dure, scléreuse, infiltrée.

Les doigts sont gantés de la même peau rigide et scléreuse. Ils sont rétractés en demi-flexion. Ils gênent considérablement. La malade ne peut plus les étendre, elle souffre surtout de la pulpe. Celle-ci est recouverte de diskératose épaisse, s'enlevant par écaille, douloureuse au toucher. Les ongles sont petits, cassants. La phalangette est petite, ratatinée comme si l'on avait amputé la moitié de l'os. La couleur des doigts est blanche, violacée ; les doigts sont froids.

La peau du reste du corps est normale. Mais partout où la peau est très dure, elle est très douloureuse au toucher.

Tout est en parfait ordre : cœur, poumons, etc...

Les oscillations sont faibles :

Bras droit : I. O. = 2 ;
Bras gauche : I. O. = 4,5 ;
Avant-bras d. et g.: = 1.

La malade accepte l'intervention avec une grande facilité. Elle ne peut plus vaquer normalement à ses occupations ménagères depuis quelques mois.

Opérée, le 11 février 1938 : stellectomie droite.

Ablation du stellaire, de l'intermédiaire et du pôle inférieur du ganglion moyen avec la chaîne. Fermeture s. p.

Opérée, le 23 février 1938 : stellectomie gauche.

Incision transmusculaire. Opération facile, malgré la rétraction tissulaire. Stellectomie et ablation jusqu'au pôle inférieur de la chaîne.

Il y a une amélioration très nette dans les jours qui suivent. Très vite, la malade cesse de souffrir et en quelques jours le délié des doigts revient progressivement.

Revue en mars 1938.

Très améliorée ; mains chaudes ; doigts bougeant bien, beaucoup moins douloureux.

Les oscillations sont reprises :

Bras gauche..... : I.O. 4,5.
— droit ..... : I. O. 2,5.
Avant-bras gauche : I. O. 1,5.
— — droit : I. O. 2,5.

Nous la revoyons le 24 mai 1939.

Elle est très améliorée.

Au premier abord, rien ne frappe — son visage est un visage normal. Quand elle sourit, tous les plis de sa face se dessinent. Au palper, la peau est fine, souple ; le derme ne semble pas infiltré.

Au cou et à la nuque, même chose.

Aux bras, peau souple, normale.

Aux avant-bras et aux poignets surtout, la peau est épaisse, scléreuse, dure, mais ni lisse, ni luisante ; la coloration est normale.

Enfin, aux mains, à droite et à gauche, la peau est épaisse. Au niveau des articulations (phalange et phalangette), la peau est assez souple et rosée, mais scléreuse sur la face dorsale de l'articulation de la deuxième à la troisième phalange, et surtout tendue au niveau des deuxième et troisième phalanges. La pulpe est ratatinée, raccourcie ; les ongles sont tout petits et striés.

Les doigts sont bien mobiles et peuvent s'étendre complètement. La main gauche et ses doigts sont plus libres qu'à droite.

Aux cuisses et aux jambes, pas de sclérodermie.

Il y a eu amélioration nette : les mains se sont déliées, progressivement, depuis l'intervention ; le jeu des mouve-

ments est presque parfait, peut-être encore un peu empâté à droite. Le visage est complètement normal. La malade est très satisfaite. Les progrès sont lents, dit-elle, mais il y a eu amélioration progressive ; elle espère arriver à une guérison complète. Elle peut vaquer presque normalement à ses occupations ménagères, mais ce qui la gêne encore, c'est l'eau froide. Les mains, dans l'eau froide, bleuissent et sont douloureuses. Elle évite de les y plonger.

Nous reprenons ses oscillations :

Bras gauche..... : I. O. 1.
Avant-bras gauche : I. O. 1/2.
Bras droit..... : I. O. 1,5.
Avant-bras droit... : I. O. 1.

On voit quelques dépôts calcaires (phalangette du pouce droit ; phalanges du médius et de l'annulaire droit). Les phalangettes, érodées au cours de l'évolution du processus, ont des bords, par place, érodés. Les têtes des métacarpiens sont décalcifiées légèrement.

Nous radiographions les mains.

Il y a un myosis et un ptosis bilatéral des paupières.

Depuis l'opération, il n'y a eu aucun bourdonnement d'oreille, aucune céphalée.

Peut-être les palpitations cardiaques qu'avait la malade avant l'intervention ont-elles légèrement augmenté.

La tension artérielle est de 10 1/2 sur 7 (au Vaquez).

CHAPITRE III

Ostéoporose posttraumatique

Nous n'avons pu revoir qu'un seul malade de ceux qui avaient été opérés pour ostéoporose post-traumatique. Ce cas est un opéré de 1931, qui, depuis 7 ans 1/2, a récupéré parfaitement la fonction de sa main malade.

OBSERVATION XXXI

M. R... A. — Ostéoporose post-traumatique de la main gauche datant de 3 mois.

Stellectomie gauche, en 1931.

Résultat de 7 ans 1/2 : disparition du syndrome vasomoteur ; recalcification. — Excellent résultat fonctionnel — Succès.

M. R... A., âgé de 46 ans, est adressé, le 19 octobre 1931, à la Clinique Chirurgicale A par le Dr A. Roos, de Strasbourg. Le 5 août 1931, cet homme avait eu sa main gauche écrasée par le piston d'une pompe. Cet accident lui avait occasionné une plaie de la paume, avec fracture ouverte des 3e et 4e métacarpiens ; plusieurs tendons étaient sectionnés. Le malade fut immédiatement amené dans un service de

chirurgie, où l'on procéda à un nettoyage de la plaie et, quelques semaines plus tard, à la suture des tendons et la fermeture secondaire de la plaie.

A la suite de cette dernière intervention, les doigts de la main gauche se mirent progressivement en flexion de plus en plus prononcée et perdirent peu à peu leur mobilité, à l'exception du pouce. En même temps, le malade se mit à souffrir assez violemment de toute la main gauche.

A son arrivée à la Clinique Chirurgicale A de Strasbourg, le 19 octobre 1931, on constata ceci :

Il s'agissait d'un homme de 46 ans, en bon état de santé, qui se plaignait d'une impotence fonctionnelle complète des doigts de la main gauche, à l'exception du pouce; le médius et l'annulaire étaient absolument immobilisés en flexion, alors que l'auriculaire et l'index montraient encore de légers mouvements d'extension et de flexion ; seul le pouce avait gardé tous ses mouvements. En même temps, le malade accusait une sensation de froid intense au niveau de tous les doigts, sensation qui, pendant la saison froide, était extrêmement pénible. Les douleurs occupaient toute la main et étaient assez vives.

Objectivement, on voyait, dans la paume, une cicatrice linéaire transversale, partant de la base de l'index et allant jusqu'au bord cubital de la main ; cette cicatrice, assez souple, adhérait un peu en profondeur. A la palpation, on sentait, au niveau de la tête des 3^{e} et 4^{e} métacarpiens un cal volumineux d'anciennes fractures vicieusement consolidées.

A l'inspection, toute la main gauche paraissait quelque peu œdématiée ; la peau était lisse, d'aspect cyanotique ; les reliefs des tendons étaient effacés ; les doigts étaient tous incurvés en flexion et, sauf le pouce, immobiles et figés ; les tentatives de mobilisation des doigts étaient pénibles et déclenchaient d'assez vives douleurs.

Il n'y avait pas de troubles nerveux objectifs ; les réflexes étaient normaux, mais l'atrophie musculaire était nette au niveau de l'avant-bras et du bras.

Au point de vue des troubles circulatoires, on palpait très bien le pouls radial. Les oscillations, enregistrées à l'aide de l'appareil de Pachon, étaient normales tant à l'avant-bras qu'au bras ; elles étaient légèrement moins amples à gauche qu'à droite.

La radiographie de la main gauche montre une fracture vicieusement consolidée des extrémités distales des métacarpiens III et IV et, en plus, une ostéoporose diffuse intéressant toute la main, le poignet et l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras.

En présence de troubles aussi prononcés, M. Leriche proposa au malade l'ablation du ganglion étoilé gauche.

L'intervention eut lieu le 22 octobre 1931, sous anesthésie locale et par l'incision habituelle entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien ; l'opération se passa de façon tout à fait schématique et ne donna lieu à aucun incident. Le soir de l'opération, la main gauche était très chaude, et les doigts étaient devenus beaucoup plus souples. Déjà le malade arrivait à opposer son pouce à l'index et au médius, et l'on estima à 2 cm. le gain de flexion des différents doigts.

L'amélioration s'accentua encore les jours suivants, mais elle fut beaucoup moins nette pour les 3^{e} et 4^{e} doigts que pour les deux autres ; les troubles vaso-moteurs et l'œdème disparurent très vite, et c'est, notablement amélioré, que le malade quitta la clinique le 2 novembre 1931.

Revu le 25 juillet 1933, R... déclara ne plus souffrir du tout de sa main gauche, qui est constamment chaude. Le malade a perdu la sensation de froid et, objectivement, on ne constate ni troubles vaso-moteurs, ni trophiques. En ce qui concerne la mobilité des doigts, celle du pouce et de l'index est parfaite, de même celle du 5^{e} doigt, alors que les mouvements des deux autres sont très restreints et sont bloqués par les volumineux cals métacarpiens.

Les oscillations sont sensiblement identiques des deux côtés et à peu près pareilles à ce qu'elles furent en octobre 1931.

Quant à la radiographie faite le même jour, elle révéla que la récalcification était à peu près complète.

Le syndrome de Claude Bernard-Horner est très prononcé et gêne quelque peu le malade, d'autant plus que, de temps en temps, il ressent d'assez vives brûlures oculaires.

Nous le revoyons le 19 juin 1939. Il travaille actuellement comme chauffeur et se sent parfaitement bien.

A l'examen, nous notons de grosses callosités au niveau de sa main gauche ; ses 2e et 4e doigts sont rétractés en flexion, mais mobiles.

Nous reprenons ses oscillations :

	droit	gauche
Bras, 1/3 inférieur..... :	3 à 10	5 à 10
Avant-bras, 1/3 supérieur :	2 à 10	5 à 10
Avant-bras, 1/3 inférieur :	1,5 à 10	1 à 10

Nous refaisons une radiographie. La récalcification est presque complète ; on voit nettement les cals cicatriciels des fractures métacarpiennes.

Seule persiste, au bout de 7 ans et demi, une rétraction en flexion des 3e et 4e doigts, et là il y a des obstacles anatomiques.

On note simplement que son œil gauche larmoie plus facilement que le droit.

La sympathectomie a donc réduit le tableau clinique aux phénomènes purement mécaniques qui résultent de la consolidation en position vicieuse des fractures métacarpiennes ; à ce point de vue, notre observation nous paraît tout à fait typique.

CHAPITRE IV

Arthropathies

Nous rapportons 6 observations de troubles articulaires. Ces malades entrent dans le grand cadre imprécis de rhumatismes déformants ou de polyarthrites déformantes progressives. Les cas XXXII et XXXIV sont des arthrites localisées principalement aux membres supérieurs. Les observations XXXIII, XXXVI et XXXVII sont de véritables polyarthrites ankylosantes multiples. Enfin, le cas XXXV est une ankylose avec déformation de la colonne cervicale.

Sur ces 6 malades, nous relevons 2 échecs et 4 améliorations ou succès nets.

OBSERVATION XXXII

Mme W.... C. — Polyarthrite déformante multiple des membres supérieurs, évoluant depuis 1923.

Stellectomies droite et gauche, en 1929.

Résultat fonctionnel des membres supérieurs parfait après 9 *ans* 1/2. — *Succès.*

Mme W... C. fut admise, le 29 novembre 1929, à la Clinique Chirurgicale A. Née en 1889, elle n'a jamais été

malade, si ce n'est à l'âge de 8 ans. Elle fut réglée à 13 ans. Les règles furent régulières, normales, non douloureuses. Mariée à 23 ans, elle a eu trois enfant bien portants, et une fausse-couche.

En 1923, est apparue une tuméfaction douloureuse du médius gauche, qui devint gros, rouge et chaud : ceci pendant trois à quatre semaines.

Peu après, la malade souffrit de douleurs dans les deux jambes. On l'envoya, sans succès, aux bains de Morsbronn pendant un mois, pour cure thermale.

Les autres doigts commencèrent alors à se prendre, puis ce furent les articulations du poignet.

Nouvelle cure à Morsbronn en 1927. Nouvel échec.

En juillet 1929 enfin, il se formait, au niveau des articulations de la première phalange du médius et de l'auriculaire gauche, de petites vésicules qui s'ouvrirent spontanément, laissant s'échapper un peu de sang et un peu de liquide trouble.

En novembre 1929, elle vint à la consultation de la clinique, et fut admise le 29 novembre 1929.

Elle se plaint, à ce moment, de douleurs dans les deux genoux seulement, car pour l'instant, elle ne souffre plus ni de ses mains, ni de ses poignets.

Les douleurs aux genoux sont des douleurs au mouvement, mais aussi au repos, lancinantes, pénibles ; « ce sont des rhumatismes », dit la malade.

A l'examen :

Ce qui frappe au premier chef, ce sont surtout les déformations marquées au niveau des deux mains. Presque toutes les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes sont épaissies, et l'on sent tout une série de noyaux indurés péri-articulaires.

Les lésions prédominent au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne des deux index.

Au niveau de l'articulation cubito-carpienne gauche, on

trouve deux petites masses mobiles, donnant l'impression de kystes synoviaux. Ce sont ces petites tumeurs qui ont fait leur apparition en 1929.

Le long du bord postérieur du cubitus, à droite et à gauche, il y a de petites exostoses.

Aux membres inférieurs, rien de particulier.

On pratique un examen oscillométrique :

T. A. 110/65 au Vaquez.

		droit	gauche
		—	—
Bras ..... :	I. O.	3 à 8	3 à 8
Avant-bras :	I. O.	5 à 8	5 à 8
Mollet ... :	I. O.	4 à 8	4 à 10

Une radiographie des mains, faite le 11 déc. 1929, montre une décalcification très marquée des os du carpe, surtout visible à droite. Certaines articulations des os carpiens entre eux montrent des surfaces articulaires érodées, rongées en cupule, comme enlevées à l'emporte-pièce. On remarque, par places, des dépôts calcaires très nets, l'un étant très visible, tel un grain de plomb, sur la charpente de la diaphyse du premier métacarpien. Les extrémités osseuses, têtes des métacarpiens, épiphyses des phalanges, phalangines et phalangettes, sont également ostéoporotiques et surtout à droite.

Le Professeur Leriche décide d'intervenir.

Opération, le 12 décembre 1939 (Prof. Leriche) : stellectomie droite, pour rhumatisme chronique.

On voit très bien l'artère sous-clavière ; l'artère vertébrale est juste derrière la thyroïdienne. Le ganglion intermédiaire a l'air continu avec l'étoilé. Sur celui-ci, on ne trouve que deux rameaux.

Ablation du ganglion étoilé, qui siège juste au-dessus de la première côte. Après l'ablation, on voit très bien la fossette ganglionnaire, dont le bord inférieur est formé par le bord supérieur de la côte.

Le 22 décembre 1929, deuxième opération (Prof. Leriche) : stellectomie gauche.

On aborde entre les deux chefs du sterno-cléido-mast. On voit la courbe de la thyroïdienne, on tombe sur la vertébrale, on enlève l'étoilé après avoir sectionné les rameaux qui enserrent la vertébrale.

Quelques jours après, la malade quitte la clinique.

Nous la perdons de vue, et la revoyons le 20 juin 1939 ; elle nous dit ceci :

Depuis l'opération, elle a beaucoup moins de douleurs, elle peut faire tout son ménage, sauf la lessive, car ses doigts bleuissent dans l'eau froide et deviennent alors douloureux.

Mais la déformation des doigts subsiste. Ils sont en radis, aux articulations larges, épaisses, arrondies comme de petites sphères. Il existe aussi deux petites masses kystiques : l'une, au niveau du pouce droit, à l'articulation métacarpo-phalangienne, l'autre, au niveau de l'annulaire droit, à l'articulation unguéale ; petits kystes indolores, mobiles sous la peau, gros chacun comme une petite cerise.

De même, à la main gauche, trois petits kystes au pouce, index et médius, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne sur la face dorsale.

Les genoux sont parfaitement normaux, souples, indolores.

Depuis l'opération, Mme W... présenterait quelques vertiges de temps à autre.

En dehors de cela, il n'y a rien à signaler.

Nous reprenons ses oscillations :

T. A. 112/70 au Vaquez.

	droit	gauche
	—	—
Bras, milieu..... :	3 1/4 à 14	3 à 12
Avant-bras, 1/3 supérieur :	3 à 11	3 à 12
Avant-bras, 1/3 inférieur :	2,5 à 12	3 à 12

OBSERVATION XXXIII

Mme Sp... A. — Polyarthrite ankylosante généralisée, évoluant depuis 1915.

En 1932, *hémi-thyroïdectomie, et ablation d'une parathyroïde : amélioration postopératoire immédiate ; puis, en* 1933, *aggravation.*

Stellectomie gauche, en 1935.

Amélioration de 1935 *à* 1937.

Aggravation depuis 1937. — *Succès temporaire.*

Mme Sp... A. est admise le 2 décembre 1934 à la Clinique Chirurgicale A. Née en juillet 1900, elle fut réglée à l'âge de 12 ans. Elle eut et a toujours des règles normales.

En 1915, à la suite d'un refroidissement, une sorte de grippe, apparurent quelques douleurs dans le genou gauche. Une radio, faite à cette époque, fit poser le diagnostic d'arthrite (?).

Ces douleurs dans le genou gauche continuèrent jusqu'en 1924. Cette année-là, les genoux, les pieds et les mains se prennent et commencent à enfler, mais conservent encore toute leur liberté de mouvements.

Cette même année, 1924, nouvel épisode fébrile : amygdalite compliquée d'affection pulmonaire. Après cela, tout alla plus mal. Genoux, pieds et mains s'ankylosent.

En 1932, elle est admise, pour la première fois, à la Clinique Chirurgicale A, pour arthrite déformante.

Le Professeur Leriche fit, à cette époque, une hémithyroïdectomie, avec ablation d'une parathyroïde.

Cette opération fut suivie d'une amélioration nette, tant

du point de vue mouvement des articulations, que du point de vue douleur dans les mouvements.

Mais, en 1933, après une grippe, l'articulation temporo-maxillaire s'enraidit, et les mouvements de mastication deviennent extrêmement douloureux. Le cou ne peut presque plus être bougé, la tête est comme bloquée.

Depuis septembre 1934, les douleurs ont considérablement augmenté, la marche est devenue difficile, douloureuse. La malade ne peut plus s'habiller seule ; elle peut encore exécuter quelques petits ouvrages, tels que crochet ou tricot.

A l'examen :

La malade se présente avec une raideur extrême du cou. La tête est presque immobilisée en rectitude, ne laissant que de tout petits mouvements très limités de latéralité et de flexion-extension.

Au coude, même gêne. L'extension de l'avant-bras ne peut aller au delà d'un angle de 100°. La prosupination est très limitée. Le coude est globuleux, déformé.

Les poignets, les articulations des doigts sont tuméfiés et difformes ; ils ne laissent plus qu'un jeu très restreint aux mouvements.

Les jambes, elles aussi, sont très limitées dans leurs mouvements, dans la flexion-extension. Quant aux pieds, très gros et difformes au niveau du cou-de-pied, les mouvements des chevilles sont très restreints. A peine quelques mouvements de flexion-extension ; mouvements presque impossibles à gauche.

Enfin, il faut noter un épaississement, une sorte d'infiltration scléreuse de la peau du cou et de la poitrine.

Le Professeur Leriche décide de réintervenir.

Opération (Prof. Leriche) : stellectomie gauche, et ablation de l'intermédiaire, pour polyarthrite déformante.

Disposition habituelle avec rameau large de l'intermédiaire, entourant complètement l'artère vertébrale. Il y a encore de la congestion œdémateuse de toute la région. On enlève le ganglion intermédiaire et l'étoilé.

Le 18 janvier 1935, la malade quitte la clinique, un peu améliorée et mobilisant un peu mieux ses articulations.

Nous la perdons de vue.

Le 11 juin 1939, nous recevons d'elle une lettre du Luxembourg : « Pendant les deux premières années après l'opération, ma maladie ne s'était pas aggravée, et les douleurs dans les articulations, du côté gauche, avaient à peu près disparu. Pendant ce temps, le moindre refroidissement me gênait considérablement au point de vue respiratoire. L'œil gauche restait petit.

« Depuis 1937, les douleurs ont commencé à empirer, et la maladie fit de rapides progrès dans toutes les articulations ».

OBSERVATION XXXIV

M. Z... Ch. — Arthrite déformante des poignets et des mains débutant en 1934.

Opéré, en 1935, 2 *mois après le début : stellectomie bilatérale.*

Résultat fonctionnel excellent après 4 *ans* 1/2. — *Succès.*

M. Z... Ch. est admis, le 8 février 1935, à la Clinique Chirurgicale A, pour rhumatisme déformant des poignets.

Nous relevons ceci dans ses antécédents. Vers l'âge de 15 ans, la colonne vertébrale commença à se déformer progressivement en cyphose.

En 1918, il eut aux jambes un eczéma qui dura un an. Il nie toute affection bacillaire d'aucun ordre. Il n'aurait jamais eu ni blennorhagie ni syphilis.

Il est émailleur de profession et a travaillé depuis son enfance dans la poussière d'émail.

Son histoire commence en décembre 1934. A ce moment,

une petite grippe qui dure deux jours. C'était quelques céphalées, un peu de fatigue, un peu de température, le tout a été peu de chose, puisqu'il n'a pas cessé son travail. Mais une dizaine de jours après, il commence à ressentir des fourmillements dans le poignet droit. Ce poignet enfle légèrement et devient chaud. La douleur s'étend à la main, les doigts deviennent raides. Le coude devient légèrement douloureux ; le bras demeure en pronation.

Quinze jours environ après le début des douleurs dans le bras droit, le poignet gauche devient douloureux. Il enfle. La main et le poignet se prennent. Cependant, toutes les douleurs gauches furent plus légères que celles du bras droit. La maladie évolue progressivement, les articulations se déforment, elles demeurent cependant assez enflées — et ceci est variable selon les jours.

A son admission, le 8 février 1935, à la clinique, il se plaint de **douleurs.** Celles-ci, presque uniquement nocturnes, sont des lancements dans les avant-bras, mais surtout dans l'avant-bras droit. Elles sont très pénibles. Elles sont calmées par des changements de position du bras.

Parfois, elles apparaissent de jour, quand le malade essaye un mouvement trop fort, trop brutal avec ses avant-bras.

A côté de ces douleurs, de la **gêne fonctionnelle.** Celle-ci est intense ; elle a obligé le malade d'abandonner son travail. Il ne peut plus rien faire d'utile avec ses mains depuis deux mois. Les doigts sont raides, sans force.

Examen physique :

1) Main droite. — La main est très légèrement déviée sur le bord cubital du bras. La peau est sèche, craquelée. Les doigts sont légèrement en coup de vent vers le bord cubital de l'avant-bras ; ceci est surtout net pour le 5^{e} doigt. Le pouce est un peu rétracté en abduction. La peau est sèche. Les ongles sont durs et cassants. Les articulations des phalanges sont tuméfiées.

2) Poignet droit. — L'articulation est tuméfiée dans son

ensemble. Les épiphyses sont nettement hypertrophiques ; c'est dans le sens transversal que cette hypertrophie est le plus net. Les mouvements de flexion et d'extension sont presque abolis. Il n'y a aucune motilité possible de prosupination, mais quelques craquements quand on essaye de mobiliser.

3) Coude droit. — L'avant-bras est en pronation. La flexion et l'extension sont possibles complètement. La prosupination est bloquée, les mouvements que l'on amorce sont bloqués dans le poignet. Il est facile de palper une légère hypertrophie de l'épitrochlée.

4) Main gauche. — La tuméfaction des phalanges, la déviation des doigts, la raideur dans les mouvements sont beaucoup moins prononcées que du côté droit.

5) Poignet gauche. — Tuméfaction analogue à celle de droite ; cependant, la flexion du poignet est presque normale, seule l'extension complète est impossible.

6) Coude gauche. — Est identique au droit.

Tous les essais de mobilisation des diverses articulations des mains, des poignets et des coudes sont très douloureux, mais surtout la mobilisation des articulations des poignets.

7) Thorax. — Légère cyphose dorsale obligeant le malade à marcher légèrement courbé en avant.

8) Cœur et poumons normaux. — Réflexes : s. p. — T. A. 15/9 au Vaquez.

Ce tableau imposait le diagnostic de rhumatisme déformant. Le Professeur Leriche décide d'intervenir.

Op., **le 26 février 1935 : stellectomie gauche pour arthrite déformante de l'extrémité supérieure du poignet.**

Incision habituelle. Développement très considérable de la chaîne sympathique antérieure avec gros intermédiaire couvrant tout à la fois l'origine de la thyroïde et de la vertébrale. Il faut couper un très grand nombre de rameaux externes pour arriver à voir celle-ci. L'artère sous-clavière est haute. Le malade étant cyphotique et à cou très court, on la voit très bien ainsi que l'origine de la vertébrale qui décrit une courbe couvrant le ganglion stellaire. L'artère

gêne beaucoup pour l'ablation. Il y a deux canaux thoraciques, dont l'un est antérieur et l'autre décrit une courbe juste au niveau du point de disparition de la vertébrale. On enlève la chaîne depuis l'origine avec l'intermédiaire et l'étoilé.

Le soir : Cl. Bernard-Horner gauche extrêmement net : le bras gauche est plus chaud. Les mouvements sont nettement améliorés. Ils sont plus amples, plus forts, mais il y a encore des douleurs dans le coude. En même temps, à droite, il semble bien qu'il y ait aussi une amélioration : la main est plus agile.

Le 27 février 1935 (lendemain donc de l'opération) : le malade peut à nouveau se servir de sa main gauche. Il tient une tasse de sa main gauche, chose qu'il n'avait pu faire depuis longtemps. Les douleurs ont presque disparu. La main est chaude.

Le 13 mars 1935 : stellectomie droite pour arthrite déformante.

Opération schématique : aucune particularité. Gros intermédiaire, entraînant complètement l'artère vertébrale. Ablation du stellaire et de l'intermédiaire.

Examen anat.-path. : fragment de la chaîne sympathique avec deux très petits ganglions et un gros. Dans celui-ci, foyers diffus d'œdème. Quelques rares et minuscules foyers diffus d'infiltration leucocytaire.

Le soir même : les mouvements de la main droite sont beaucoup plus libres.

Nous revoyons ce malade le 9 juin 1939. Donc plus de quatre ans après son opération.

Il raconte qu'une amélioration notable s'est produite après l'opération. Elle s'est faite lentement. Elle s'est fait sentir pendant quatre mois après sa sortie de la clinique.

Avant l'opération, il ne pouvait plus travailler. Peu après sa sortie de la clinique, il put reprendre son métier sans difficulté. Il continua et actuellement il travaille.

Il ouvre et ferme facilement les doigts, il fait le poing,

mais il manque de force. Les poignets sont demeurés ankylosés. Ils sont presque immobiles, mais ils ne sont pas douloureux. Les doigts et la main ne sont pas douloureux au palper.

Il est enchanté du résultat de l'opération. Peut-être est-il un peu plus sujet aux rhumes qu'autrefois. A part cela, aucun phénomène nouveau n'est apparu.

Nous reprenons les oscillations :

	droit	gauche
Bras, milieu..... :	4 à 12	4 à 12
Avant-bras, milieu :	1 1/2 à 12	4 à 12

OBSERVATION XXXV

M. T... J. — Ankylose par rhumatisme déformant de la colonne cervicale, datant de 1934.

Opéré, fin 1935 *: stellectomies gauche et droite, avec section de la thyroïdienne inférieure droite.*

Résultat au bout de 4 *ans : amélioration. — Succès.*

M. T... J. est admis, le 10 septembre 1935, à la Clinique Chirurgicale A. Né en 1896, nous ne relevons rien dans ses antécédents, si ce n'est qu'il est gazé de guerre.

Il raconte ceci : En 1919, il ressent, dans les hanches et les reins, des douleurs à type rhumatismal, qui n'entraînent aucune impotence, mais augmentent lorsque le temps est humide. Un traitement médicamenteux en a rapidement raison, et il ne ressent plus rien jusqu'en octobre 1931.

A ce moment, il éprouve de vagues douleurs dans l'abdomen. Ce sont des douleurs à type de crampe, survenant la nuit, qui remontent progressivement dans la poitrine.

Au printemps 1932, c'est cette fois dans les membres inférieurs et surtout au genou et à la cheville que les douleurs apparaissent. Les articulations sont enflées et douloureuses aux mouvements. Sous l'effet de médications, elles s'apaisent, mais réapparaissent dans la colonne dorsale jusque fin 1933.

En 1934, à la suite d'un refroidissement, des douleurs apparaissent dans la nuque, rendant de plus en plus difficiles les mouvements de la tête.

Après l'hiver 1934/35, les douleurs ont repris dans tous les membres, immobilisant le malade au lit pendant 2 mois. L'état de la colonne cervicale va s'aggravant, et la nuque devient de plus en plus raide.

A l'admission à la clinique, la tête est immobilisée en demi-flexion. La rotation est impossible. Le malade se plaint de douleurs spontanées dans la nuque, qui ne sont diminuées que lorsque le malade est couché avec appui sous sa tête.

Toutes les articulations des membres craquent au mouvement, leur mobilité est cependant à peine diminuée.

Il a, dans le dos, une sensation de courbature et de fatigue. Les mouvements de torsion et flexion sont légèrement douloureux. Une radiographie de la colonne cervicale montre une arthrite déformante de la colonne, avec des amorces de soudure entre les apophyses transverses.

Le 17 septembre 1935, on infiltre une solution de novocaïne à 2 % dans les muscles de la nuque. Le malade peut alors légèrement incliner la tête en avant, et une amorce de rotation de la tête est possible. C'est le premier soulagement complet, aux dires du malade, qu'il ait jamais eu.

Le 18 septembre, la mobilité de la tête persiste, quoique diminuée.

Le 19 septembre, nouvelle infiltration, diminution de la douleur, augmentation de la mobilité.

Le 24 septembre, nouvelle infiltration des muscles.

Le 26 septembre, infiltration des deux stellaires; l'amélioration n'est pas très nette.

Le 30 septembre, infiltration des muscles de la nuque.

Le 10 octobre, infiltration des deux étoilés ; à ce moment, les mouvements de la tête sont nettement améliorés, et on commence un traitement aux ondes courtes.

Le 29 octobre 1935, on décide une stellectomie gauche.

Opération, le 31 octobre (Prof. Fontaine) : opération difficile par la déformation rachidienne du malade. Elle se passe cependant d'une façon schématique. Ablation complète du ganglion étoilé.

Le 2 novembre 1935, le malade se sent beaucoup mieux.

Le 8 novembre, la diminution des douleurs se maintient, plus nette du côté gauche. Les mouvements de la tête sont plus souples.

Le 9 novembre 1935, opération : stellectomie droite (Prof. Fontaine).

Opération schématique, avec résection de l'artère thyroïdienne.

Le 11 novembre, le malade se sent beaucoup mieux.

Le 25 novembre 1935, il quitte la clinique, très amélioré.

Nous recevons une lettre de lui en date du 20 janvier 1940, où il nous dit qu'il y a :

1° Une amélioration de l'état général ;

2° Une légère amélioration de la mobilité de la tête ;

3° Une diminution des douleurs qui subsistent, par moments, du côté droit.

OBSERVATION XXXVI

Mlle D... M. — Malade atteinte de polyarthrite ankylosante, sclérodermie. Début, en 1932.

Opérée, en 1936 *: double stellectomie.*

Résultat après un an : pas d'amélioration. — Echec.

Mlle D... M. est admise, le 4 octobre 1936, à la Clinique Chirurgicale A, pour polyarthrite ankylosante, déformante, et sclérodermie.

Née le 3 janvier 1898, elle n'a jamais été malade jusqu'en 1930. Cette année, elle fut soudain prise d'un œdème des deux paupières, qui dura de 1 à 2 mois, et que l'on ne sut à quoi attribuer.

En 1932, elle s'aperçoit, pour la première fois, que l'index de sa main droite devient blanc au niveau des deux dernières phalanges. Il devient blanc, mais est indolore, et la flexion n'est pas possible. A peu près à la même époque, apparaissent quelques téléangiectasies sur la figure, les épaules et le haut du buste.

En 1933, l'annulaire droit s'ankylose peu à peu, et la flexion de la deuxième phalange sur la première est presqu'impossible.

En même temps, apparaît un nodule sur la tête des cinquièmes métatarsiens droit et gauche, douloureux pendant la marche.

Peu de temps après, le médius droit se bloque. C'est ensuite le tour du pouce droit, consistant en un épaississement de l'articulation métacarpo-phalangienne, avec légère flexion ankylosante et hyperextension de la deuxième phalange sur la première. Le cinquième doigt de la main droite se prend à son tour, fixe le doigt en crochet sur la paume par flexion des trois phalanges.

En octobre 1934, la main droite est complètement prise. A ce moment, les deuxième, troisième et quatrième doigts de la main gauche subissent un phénomène un peu différent. Simultanément, mais lentement, en l'espace d'un an, la première phalange de chacun de ces doigts se met en extension forcée sur le dos de la main.

Le pouce n'est pas atteint.

Début 1935, Mlle D... commence à éprouver des difficultés pour ouvrir la bouche toute grande ; ce sont des dou-

leurs dans l'articulation temporo-maxillaire qui la gênent quand elle veut mastiquer. Ce phénomène dura deux jours.

Fin avril 1935, elle ressent des douleurs très vives au niveau de la face interne des deux articulations du genou, lorsqu'elle passe de la position assise à la position debout.

Depuis 1934, la malade a maigri considérablement (18 kgs), et depuis trois ans, l'épiderme de ses bras et de son corps prend une teinte brunâtre.

Elle a toujours été parfaitement réglée jusqu'en 1935 ; depuis cette date, ses règles ont cessé.

Examen :

On note d'emblée de grosses déformations au niveau des articulations, alors que les os ne sont pas atteints. Toutes ces déformations sont articulaires.

Genoux légèrement épaissis, pieds en hallux valgus, poignets fortement épaissis, doigts difformes par mauvaise position articulaire. La mobilité, aux pieds et orteils, est très limitée. Au coup-de-pied, l'extension et la flexion sont presque complètes.

Aux genoux, l'extension est bonne, mais ne va pas jusqu'à la ligne droite (il manque 10° environ). Quant à la flexion, elle dépasse l'angle droit, mais alors devient douloureuse.

Les hanches sont bien mobiles, la colonne vertébrale également.

La nuque a tous ses mouvements, mais ils sont parfois douloureux.

Les doigts des mains sont presque bloqués tant à droite qu'à gauche. — La flexion des deux poignets est extrêmement limitée.

Au coude, si la fiexion est normale, l'extension complète est impossible : il manque 15°. Les épaules ont tous leurs mouvements.

Les téguments ont une teinte légèrement bistre par

endroits. La peau est sèche, desquamante aux jambes, très serrée au niveau des mollets.

A la face et au cou, on note de la téléangiectasie.

T. A. 11,5/9 (au Vaquez).

Calcémie : 0,087.

Calciurie : 0,143 0/00 à 0,185 par 24 heures.

On prend les oscillations :

	droit	gauche
	—	—
Avant-bras (poignet) :	3/4 à 12	1/2 à 12
Jambe, 1/3 supérieur :	3 1/2 à 12	2 1/2 à 13
— , — inférieur :	1 à 13	1 à 13

Devant cet ensemble clinique, le Professeur Leriche décide d'opérer le malade.

Opération, le 15 octobre 1936 : stellectomie gauche (Prof. Leriche).

On est gêné par une infiltration hématique due à une piqûre de la sous-clavière au cours de l'anesthésie locale.

Ablation de l'intermédiaire et du stellaire.

Deuxième opération, le 26 octobre 1936 : stellectomie droite pour polyarthrite ankylosante.

Très rapidement, la malade quitte le service le 4 novembre 1936. Elle se dit très légèrement améliorée.

Nous ne savons plus rien d'elle jusqu'en juillet 1939 où, après une enquête, nous apprenons, sans pouvoir obtenir beaucoup de précision, qu'elle est décédée au courant de 1937, sans avoir été améliorée.

OBSERVATION XXXVII

Mme S... H. — Polyarthrite déformante généralisée, remontant à 10 ans.

Opérée, en 1936 *: stellectomie gauche, ablation de l'intermédiaire et du ganglion moyen. Section des racines du nerf vertébral droit et des rameaux communicants du ganglion cervical moyen.*

Amélioration temporaire.

Résultat au bout de 3 *ans ; l'amélioration ne s'est pas maintenue. — Echec.*

Mme S... H. est admise, le 22 avril 1936, à la Clinique Chirurgicale A.

Née en 1897, on ne relève rien dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Elle travaille depuis toujours comme blanchisseuse, s'est mariée, a eu un enfant mort-né et un normal. A l'âge de 30 ans, elle fit une pleurésie au cours d'une grossesse, puis, l'année d'après, des troubles hépatiques.

En 1926, pour la première fois, elle ressent des douleurs au niveau des deux poignets, puis peu après dans les deux genoux, avec peu d'impotence fonctionnelle.

En 1928, les douleurs reprennent, et cette fois avec un caractère intermittent et ambulant.

En 1934, des déformations commencent à apparaître au niveau des articulations, en même temps que toutes les dents du maxillaire inférieur se déchaussent et tombent. Elle se plaint, au moment de l'admission, de douleurs dans toutes les articulations : épaules, coudes, poignets, doigts, hanches, genoux, chevilles, orteils et colonne dorsale. Seuls les mouvements de la tête sont encore libres.

On ne peut parler d'ankylose vraie, mais d'une limitation des mouvements. Presque toutes les épiphyses sont déformées.

Elle ne marche plus depuis janvier 1936, et ne peut se retourner seule dans son lit.

A l'examen, on constate :

A. — **Membre supérieur :**

Main droite : 1) mobilité de la phalange unguéale sur la deuxième phalange ;

Index : extension totale douloureuse. La phalangette demeure normalement demi-fléchie ;

Médius : normal ;

Annulaire : abduction de 120° du côté externe et demi-flexion.

Auriculaire : abduction externe de 120° et demi-flexion.

2) Mobilité de la deuxième phalange sur la première ;

Les phalanges sont normalement en extension ;

La flexion des index, médius, auriculaire, est un peu limitée, n'est pas bloquée, mais les mouvements sont ralentis ;

La flexion de l'annulaire est normale.

3) Mobilité de la première phalange sur les métacarpiens normale.

Toutes ces articulations sont plus larges, comme infiltrées.

Pouce : l'opposition est impossible, et la mobilité de la première phalange sur le métacarpe ne peut aller, en flexion, que jusqu'à un angle de 120°. Les muscles du premier espace interdigital sont atrophiés.

Main gauche : la limitation des mouvements articulaires est encore plus accentuée que pour la main droite, et le pouce lui non plus n'est pas opposable.

Poignet droit : la flexion est extrêmement douloureuse et limitée à 120°. L'extension et la flexion dorsale ne dépassent pas la ligne droite. En position de repos, le poignet est fléchi à 120°. Les mouvements de latéralité sont limités à quelques degrés.

Poignet gauche : flexion limitée à 140°. Flexion dorsale, extension et mouvements de latéralité sont impossibles.

Coude droit : la flexion de l'avant-bras sur le bras est

normale. L'extension ne va pas au delà de 130°. La supination et la pronation sont possibles, mais de 40° en position demi-fléchie.

Coude gauche : flexion normale. Extension jusqu'à 140°. Supination et pronation possibles de 60° en position demi-fléchie.

Épaule droite : élévation en avant, angle de 35° ; élévation en arrière 20° ; adduction 25°. Cône de circumduction : cône de 15° environ.

Épaule gauche : identique à l'épaule droite.

B. — **Membre inférieur :**

Orteils : flexion peu douloureuse, mais très limitée. Hallux valgus des deux gros orteils.

Cou-de-pied : rotation externe très limitée à gauche et à droite. Rotation interne, idem. Extension des deux articulations très douloureuse et pas complètement possible.

Genoux : la flexion de la jambe sur la cuisse est, des deux côtés, très limitée, mais peu douloureuse.

Hanches : flexion sur le bassin possible, pouvant assurer la position assise. Adduction et abduction douloureuses, mais possibles.

C. — **Colonne :**

Les mouvements sont très difficiles et très douloureux, mais cependant possibles.

Devant ce tableau clinique, le Professeur Leriche décide l'opération.

Opération, le 1er mai 1936 : stellectomie gauche.

Ablation de l'intermédiaire, du ganglion moyen, et résection de la thyroïdienne inférieure : (Prof. Fontaine).

Opération très schématique par voie intersterno-cléido-mastoïdienne. On résèque délibérément la thyroïdienne inférieure et la chaîne sympathique depuis le ganglion moyen jusqu'à l'étoilé inclusivement.

Le soir de l'opération, vaso-dilatation de toute l'hémiface gauche, ainsi que du membre supérieur gauche.

Le 4 mai 1936, la malade peut manger seule.

Le 8 mai 1936, deuxième intervention : ramisection cervicale et section du nerf vertébral à droite : (Prof. Fontaine).

Après découverte, selon la technique habituelle, de la chaîne sympathique, on ne coupe strictement que les rameaux communicants du cervical moyen et les deux branches du nerf vertébral, qui sont nettement identifiables. On ne touche ni au ganglion moyen, ni à l'intermédiaire, ni à l'étoilé.

Le soir, on n'a pas de crise de vaso-dilatation aussi nette, mais un Claude Bernard-Horner marqué.

Le 16 mai 1936, la malade quitte la clinique.

A ce moment, l'état général est nettement bon, à part quelques douleurs lombaires. La malade peut faire facilement une dizaine de mètres d'affilée, soutenue par des infirmières, et ceci deux fois par jour.

Elle peut se tenir assise, écrire seule devant une table, manger seule, s'asseoir seule dans son lit, alors qu'avant l'intervention, il lui fallait toujours quelqu'un pour l'aider.

Etat des articulations :

Les articulations sont toutes plus ou moins œdématiées. Les phalanges ne sont plus fléchies au repos, les doigts nettement plus mobiles, mais l'extension n'en est pas totale, et l'opposition du pouce n'est pas possible.

Au poignet droit, la flexion dépasse 110° et n'est plus douloureuse.

Au coude droit, la flexion de l'avant-bras sur le bras est totale, mais l'extension demeure limitée.

Les mouvements des épaules sont à peu près libres ; la malade porte spontanément les deux mains au front.

A la main gauche, l'amélioration est plus considérable qu'à droite. L'extension dorsale est redevenue normale. Le coude gauche a une mobilité égale à celle du coude droit.

Les mouvements des hanches sont nettement plus amples qu'avant l'opération.

Pas de changement dans les genoux.

Pieds : les rotations externe et interne sont libres.

Quant à la mobilité de la colonne, elle semble plus accentuée qu'avant l'intervention.

Jusqu'en 1939, nous n'avons pas de nouvelles. A ce moment, nous recevons une lettre : « L'amélioration, survenue après l'opération, ne s'est pas maintenue, et actuellement Mme S... est incapable de se tenir debout, de marcher, et ne peut à nouveau se servir de ses mains que depuis qu'elle prend des extraits parathyroïdiens. Elle peut maintenant manger seule à nouveau, mais c'est à peu près tout ce qu'elle est capable de faire. »

CHAPITRE V

Gelures

L'observation que nous rapportons est celle d'un malade, qui, après stellectomie en 1930, a vu disparaître complètement les douleurs qui étaient des séquelles de gelures des mains.

OBSERVATION XXXVIII

M. G... F. — Gelures avec perte de substance aux doigts de la main droite et douleurs.

Section de la chaîne sympathique cervicale, et ablation partielle du stellaire droit, neuf mois après la gelure, en 1929.

Résultat après 9 *ans* 1/2 *: guérison. — Succès.*

M. G... F. est admis, le 5 novembre 1929, à la Clinique Chirurgicale A pour gelure à la main droite. Né en 1897, il raconte ceci :

En février 1929, pendant un jour très froid, il se rendait comme d'habitude à bicyclette à l'usine. En arrivant à son travail, il ne pouvait plus mouvoir ses doigts ; ceux-ci de-

meuraient dans une position intermédiaire de flexion, n'avaient plus de sensibilité et étaient tout blancs.

Il fut hospitalisé alors à l'hôpital de Benfeld. Là, les phalanges unguéales de l'index, du médius et de l'annulaire se nécrosèrent et tombèrent. Les plaies se cicatrisèrent et, en mai 1929, le malade reprit son travail.

Mais depuis ce moment, il se plaint de douleurs presque constantes dans le médius droit, exacerbées par le moindre contact et surtout par l'eau froide. L'index et l'annulaire, moins douloureux, le sont cependant au froid.

Le malade se plaint également de gêne des mouvements des doigts ; tout ceci l'empêchait de travailler.

Examen, le 5 novembre 1929 : Il s'agit d'un homme robuste.

A la main droite, **à l'index,** la phalange unguéale manque, le doigt se termine en pointe avec une cicatrice punctiforme à la face palmaire de l'extrémité de la phalangine.

A **l'annulaire,** la phalangette manque également, mais la cicatrice est bonne et souple.

Au médius, la phalangette manque, le doigt est gros, globuleux, la cicatrice de la pointe du doigt suppure légèrement.

Examen de la mobilité volontaire :

Index droit : la flexion de la première phalange sur le métacarpien n'atteint pas tout à fait l'angle droit. La phalangine ne se fléchit pas. L'extension normale va jusqu'à la rectitude.

Médius droit : mobilité identique à celle de l'index.

Annulaire et auriculaire droits : idem.

Mobilité passive :

Les articulations métacarpo-phalangiennes sont libres. Quant aux articulations des première et deuxième phalanges de l'index et du médius, il est impossible de les fléchir au delà de l'angle droit.

Radio de la main droite :

L'index montre une perte de la phalangette. La tête de la phalangine manque, l'extrémité osseuse est érosée.

Médius : même aspect qu'à l'index.

Annulaire : la phalangine est entière, il subsiste quelques fragments de phalangette.

On prend les oscillations :

Poignet droit : I. O. = 3,5 à 10.

Poignet gauche : I. O. = 5 à 11.

T. A. 14/9 (au Vaquez).

L'état général du malade est très bon.

On commence par une thérapeutique locale.

Le 8 novembre 1929, sous anesthésie au chlorure d'éthyle, ablation de la phalangine du médius droit : lambeau palmaire. La phalangine est en partie suppurante et nécrosée.

Le 15 novembre, bonne cicatrisation.

Le 18 novembre 1929, le Professeur Leriche décide d'intervenir.

Opération, le 22 novembre 1929 (Prof. Leriche) : ramisection cervicale, avec ablation de l'étoilé droit.

Découverte assez facile du ganglion, qui est en-dedans et en arrière de l'artère vertébrale. Au moment de sa libération, le malade accuse une douleur assez violente dans le dos. Résection de la partie supérieure du ganglion ; la partie appartenant au premier dorsal restant partiellement en place. Fermeture sans drainage.

Nous perdons le malade de vue, et le revoyons le 12 août 1939.

Il est très satisfait du résultat de son opération. Il a repris son travail normalement depuis dix ans. Ses doigts sont devenus indolores. La peau en est souple, les moignons

sont beaux, peut-être un peu cyanotiques. Au changement de temps, ils sont parfois sensibles.

Nous reprenons ses oscillations :

	droit	gauche
Bras, 1/3 moyen..... :	4,5 à 13	5 à 12
Avant-bras, 1/3 supérieur :	3 à 11	2 3/4 à 11
Avant-bras, 1/3 inférieur :	2 à 14	3 à 12

La tension est de 15/9 (au Vaquez).

CHAPITRE VI

Syndromes neurologiques du membre supérieur

Voici la seule observation que nous ayons actuellement en notre possession parmi les cas opérés à Strasbourg pour syndrome neurologique du membre supérieur.

Ce malade fut traité pour douleurs après arrachement du plexus brachial. L'intervention n'a donné aucune amélioration.

OBSERVATION XXXIX

M. B... J. — Arrachement du plexus brachial en 1928.

Stellectomie en 1928.

Stellectomie et ablation de l'intermédiaire, 8 *mois après l'accident, pour douleurs. Aucune amélioration.*

Résultat après 11 *ans. Aucune amélioration. — Echec.*

M. But... J. — Né en 1890, le malade est admis, en septembre 1928, à la Clinique Chirurgicale A, pour arrachement du plexus brachial gauche, à forme douloureuse. En

février 1928, roulant à motocyclette, il entre en collision avec une automobile ; choc au niveau de l'épaule gauche. Une pièce métallique lui fait une profonde piqûre au niveau de la base du cou. Dès cet instant, tout son membre supérieur gauche est paralysé. Dès cet instant également, il souffre. Cette douleur est une sensation de brûlure, de tension dans la main gauche ; elle est constante et atroce.

Examen : Il s'agit d'un homme jeune, semblant parfaitement sain. Il souffre atrocement de son bras gauche. Celui-ci pend flasque, atrophié, inerte le long du tronc. Aucun mouvement n'est possible, ni des doigts, ni de la main, ni de l'avant-bras. Les troubles trophiques sont intenses.

Le Professeur Leriche décide d'intervenir, tant pour vérifier le plexus brachial, que pour tenter une opération sympathique.

Opération, le 28 septembre 1928 (Prof. Leriche) : incision le long du sterno-cléido-mastoïdien, en arrière du muscle.

Hémorragie capillaire profuse. Les deux scalènes forment un énorme bloc inflammatoire, au niveau duquel il n'y a plus d'espace interscalénique. On ouvre l'espace. On sectionne complètement le scalène postérieur et une partie du scalène antérieur, et on trouve un bloc cicatriciel comprenant au moins deux racines ; et, derrière la clavicule, un névrome très dur, qui correspond à une branche sectionnée dont on ne trouve pas le bout supérieur. Il est impossible de songer à une réparation.

On cherche alors la chaîne sympathique en dedans, et on trouve facilement un intermédiaire assez développé, qui émet des branches enveloppant complètement l'artère vertébrale. Le ganglion est complètement rétro-artériel. L'artère est entourée d'un véritable cercle nerveux. On récline en dehors l'artère vertébrale, et on coupe les rameaux communicants, qui partent d'un ganglion complètement horizontal. Ablation de l'intermédiaire et du pôle supérieur du stellaire.

Il n'y eut aucune amélioration après l'intervention.

En mai 1929, il réclame l'amputation du bras, à cause des douleurs qui sont atroces. L'amputation n'amène aucune amélioration.

En 1931, il est opéré au Medical College of Virginia. — Laminectomie cervicale. — On constate l'arrachement des racines du plexus. On referme.

Le 1er août 1939, nous recevons de lui une lettre très déprimée. Il souffre toujours et de plus en plus. Rien ne l'a calmé. Rien ne l'a amélioré.

CONCLUSIONS

1° Après avoir revu 39 malades stellectomisés, nous pensons qu'il y a intérêt à pratiquer la stellectomie dans nombre d'affections où la thérapeutique habituelle est insuffisante.

2° Certaines affections, telles que maladie de Raynaud, arthrites déformantes, sclérodermies, peuvent être améliorées voire guéries par la stellectomie.

3° Beaucoup des résultats lointains sont équivalents aux résultats immédiats, sauf pour les arthropathies et pour les sclérodermies où l'amélioration est souvent progressive et très lente.

Clermont, le 15 juin 1940.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
de Strasbourg,

André FORSTER.

Vu :

Le Président de Thèse,

Louis GERY.

Clermont, le 17 juin 1940.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Strasbourg,

A. TERRACHER.

Président du Conseil de l'Univesité,

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 13

PREMIÈRE PARTIE

Syndromes Centraux

CHAPITRE I. — *Rétinites pigmentaires.* — Observations I à IV 17

CHAPITRE II. — *Otospongiose compliquée de tétanie fruste et d'asthme.* — Observation V 27

CHAPITRE III. — *Lagophtalmie.* — Observation VI 33

CHAPITRE IV. — *Affections cardiaques.* — Observation VII 35

DEUXIÈME PARTIE

Syndromes Périphériques

CHAPITRE I. — *Troubles circulatoires et vasomoteurs. Maladie de Raynaud.* — Observations VIII à XVII. 41

Chapitre II. — *Sclérodermies.* — Observations XVIII à XXX 67

Chapitre III. — *Ostéoporose posttraumatique.* — Observation XXXI 125

Chapitre IV. — *Arthropathies.* — Observations XXXII à XXXVII 129

Chapitre V. — *Gelures.* — Observation XXXVIII 151

Chapitre VI. — *Syndromes neurologiques du membre supérieur.* — Observation XXXIX 155

CONCLUSIONS 159